



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

PERCEPCIÓN DE LA SALUD:

DETERMINANTES SOCIALES
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

TESIS DOCTORAL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA
Y DE LA EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD DE A CORUÑA, 2012

SONIA SOUTO CAMBA

DIRECTORA:
PROF^a. DRA. MARTA GIL LACRUZ

TÍTULO: PERCEPCIÓN DE SALUD: DETERMINANTES SOCIALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN: La percepción de salud (PS) es un indicador subjetivo del estado de salud, usado en las encuestas de salud en Atención Primaria.

OBJETIVO: Explorar la PS de los habitantes de un barrio con contrastes socioeconómicos, identificando sus principales determinantes sociales.

MÉTODOS: Usando datos de una encuesta de salud efectuada a 1032 personas ≥ 15 años, residentes en tres zonas de un mismo barrio, se analizan las relaciones existentes entre la PS y las diferentes variables explicatorias (de tipo socioeconómico, de apoyo comunitario, de comportamientos negligentes relacionados con la salud, y de salud percibida y diagnosticada). Se realizó un análisis discriminante para definir las variables predictoras de la mejor salud de los vecinos frente a la peor salud. Una regresión lineal valoró el comportamiento de la PS frente a las variable territorio, variables sociodemográficas y sexo.

RESULTADOS: Salud diagnosticada y percibida fueron las variables más relevantes para predecir de la salud de los vecinos. Territorio y clase social ejercieron también un papel predictor. Hubo un papel diferencial de la clase social en función del sexo. En las mujeres, la educación es el elemento facilitador de la PS, frente al empleo y los ingresos en los hombres. Las variables predictoras de una mejor PS (socioeconómicas) son diferentes a las que predicen una peor PS (asociadas con la experiencia directa de salud).

CONCLUSIONES: Se define la población vulnerable como la de menos ingresos, menor nivel educativo, mayor edad, mayoritariamente mujeres y que residen en Viñedo Viejo, demostrando la existencia de inequidades en salud.

PALABRAS CLAVE: Percepción de salud, determinantes sociales de la salud encuesta de salud, salud comunitaria

TITLE: SELF-RATED HEALTH: SOCIAL DETERMINANTS IN PRIMARY CARE

BACKGROUND: Self-rated perception is a subjective indicator of health, commonly used in health surveys in Primary Care. The aim of the study is to explore the self-rated perception in the inhabitants of a neighbourhood of socioeconomic differences, and to identify its main social determinants.

MÉTODOS: Using data from a health survey from a cohort of 1032 people ≥ 15 age, living in three different areas of the neighbourhood, we explore the relationship between the Self-rated perception and the explanatory variables (a set of socioeconomic, social support, risk factor, perceived and diagnoses health). Discriminatory analysis was used to identify the predictors of good self-rated perceived health versus a worse one. Lineal regression analysis was used to asses the self-rated performance in relation to the explanatory variables territory, socioeconomics and sex.

RESULTADOS: Diagnosed health and perceived health were the more relevant predictors of self-rated health. Territory and social class were also important predictors. It was find a differential role of social class in relation to sex. In women, education is a provider of a better self-rated health. In man, it is employ and income. Predictors of a better self-rated health (socioeconomic variables) are different form predictors of a worse self-rated health (variables linked to the direct experience of health).

CONCLUSIONS: The vulnerable population it is defined as the less income, less educational level, high age, preferably women, and living in Viñedo Viejo. That shows the existence of inequities in health in the neighbourhood.

KEY WORDS: Self-rated health, social determinants of health, health survey, community health.



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

PERCEPCIÓN DE LA SALUD:

DETERMINANTES SOCIALES
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

TESIS DOCTORAL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA
Y DE LA EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD DE A CORUÑA, 2012

SONIA SOUTO CAMBA

DIRECTORA:
PROF^a. DRA. MARTA GIL LACRUZ

“La evolución biológica ha terminado, o es mucho menos importante que hace 20.000 años. No existe ya una selección biológica real: lo que les pase a mis hijos dependerá de en qué condiciones vivan, no de sus características biológicas”

James Hughes. Sociólogo

Quisiera expresar mi agradecimiento a la Profesora Doctora Marta Gil Lacruz, sin cuya generosidad, consejo, espíritu positivo y tenacidad este proyecto no se habría concretado. Tuve la suerte de compartir con la profesora Gil Lacruz múltiples situaciones en las que me quedó constancia de la solidaridad y el firme sentido de la equidad que inundan su quehacer diario. Esta aventura académica y científica en la que nos embarcamos, no hace sino reafirmar la admiración y cálida amistad que me unen a ella.

A los Profesores Doctores Luz González Doniz y Ramón Fernández Cervantes, por su guía, apoyo y amistad a lo largo de todos estos años.



**Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza**



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES – ZARAGOZA
Doctor Cerrada, 1 , 50005 – Zaragoza - Teléfono 976 76 19 95 – Fax 976 76 20 03

DOÑA MARTA GIL LACRUZ, con D.N.I. 29.099.660, doctora y profesora titular del área de psicología social del departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza

CERTIFICA:

Que la tesis doctoral presentada por DOÑA SONIA SOUTO CAMBA titulada: "Percepción de la salud: determinantes sociales en la atención primaria" reúne los requisitos formales y científicos para su lectura y defensa pública.

Zaragoza, 19 de enero de 2012

Fdo. Marta Gil Lacruz



INTRODUCCIÓN GENERAL	1
----------------------------	---

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

1. CAPÍTULO PRIMERO: DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DE LA SALUD.....	7
--	----------

1.1. UN NEXO SALUDABLE: DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD	8
--	---

1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE SU ESTUDIO COMPARTIDO	14
---	----

1.2.1. Los antecedentes del enfoque social de la salud	16
--	----

1.2.2. Los años 50: Énfasis en la tecnología y especialización	16
--	----

1.2.3. Los años 60 y el inicio de los 70: La llegada de los enfoques comunitarios	19
--	----

1.2.4. La concreción de un movimiento: Alma-Ata y la Atención Primaria de Salud	21
--	----

1.2.5. En la estela de Alma-Ata: “Buena salud a bajo coste”	22
---	----

1.2.6. La llegada de la Atención Primaria de Salud Selectiva	24
--	----

1.2.7. El contexto político – económico de los años 80: El neoliberalismo	26
--	----

1.2.8. Los años 90: Reaparición del enfoque de salud centrado en los determinantes sociales	29
--	----

1.2.9. Periodo 2000-2010: Creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	37
---	----

1.3. MODELOS TEÓRICOS SOBRE DETERMINANTES SOCIALES	41
--	----

1.3.1. Modelo de Dahlgren y Whitehead: Influencia en capas	42
---	----

1.3.2. Modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead: Estratificación social y producción de la enfermedad	43
--	----

1.3.3. Modelo de Mackenbach, Van de Mheen y Stronks: Selección y causalidad	45
--	----

1.3.4. Modelo de múltiples influencias a lo largo de la vida	46
--	----

1.3.5. Modelo propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS	48
--	----

1.3.5.1. Contexto sociopolítico	48
---------------------------------------	----

1.3.5.2. Determinantes sociales estructurales e intermediarios	50
---	----

1.4. DETERMINANTES SOCIALES DE MAYOR RELEVANCIA PARA LA SALUD	52
1.4.1. Género	53
1.4.2. Estratificación social	56
1.4.2.1. Educación	56
1.4.2.2. Ingresos	57
1.4.2.3. Ocupación	58
1.4.3. Estilos de vida y comportamientos de riesgo	60
1.4.3.1. Estrés	62
1.4.4. Comunidad y capital social	63
1.4.4.1. Asentamientos urbanos	63
1.4.4.2. Apoyo social	65
1.4.4.3. Servicios de salud	66
1.4.4.4. Exclusión social	67
1.5. RECAPITULACIÓN	68
2. CAPÍTULO SEGUNDO: PERCEPCIÓN DE SALUD COMO INDICADOR PSICOSOCIAL	69
2.1. LA CONSIDERACIÓN DE LA SALUD DESDE EL PARADIGMA BIOMÉDICO Y PSICOSOCIAL	71
2.2. LA SALUD DESDE SU DIMENSIÓN SUBJETIVA: EL CONCEPTO DE PERCEPCIÓN DE SALUD	75
2.2.1. La percepción de salud en su contexto social	77
2.2.2. Dificultades en la aproximación al tema de salud desde un enfoque subjetivo	79
2.2.3. La operativización de la definición de salud	81
2.2.4. La percepción de salud como una dimensión de la calidad de vida	85
2.2.5. Hacia un modelo integrador de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud	93
2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD	98
2.3.1. La percepción de salud como resultado auto-informado	98
2.3.2. Clasificación de los instrumentos de medida del estado de salud	100
2.3.3. El Cuestionario de Percepción de Salud (CPS-81)	111
2.4. RECAPITULACIÓN	114

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO

3. CAPÍTULO TERCERO: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	119
3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	119
3.2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	120
3.2.1. Diseño y procedimiento de la investigación	120
3.2.2. Descripción del universo y muestra	121
3.2.3. Variables de la investigación e instrumentos de medida	126
3.2.3.1. Variables de investigación y su operativización	128
3.2.3.2. Características de los instrumentos estandarizados	130
3.2.3.3. Características de los instrumentos no estandarizados	137
3.2.3.4. Prueba de implementación de los instrumentos y sus variables	141
3.2.4. Técnicas de análisis de datos utilizadas	141
4. CAPÍTULO CUARTO: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	145
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA	145
4.1.1. Características sociodemográficas	145
4.1.2. Percepción de salud	152
4.1.3. Apoyo comunitario	152
4.1.4. Comportamientos de riesgo para la salud	153
4.1.5. Salud percibida y diagnosticada	154
4.1.6. Servicios de salud	158
4.1.7. Sistema atribucional de salud	159
4.2. ANÁLISIS DE VARIANZA	161
4.2.1. Variables sociodemográficas	161
4.2.2. Apoyo comunitario	170
4.2.3. Comportamientos de riesgo para la salud	172
4.2.4. Salud percibida y diagnosticada	174
4.2.5. Servicios de salud	177
4.2.6. Sistema atribucional de salud	178

4.3. CORRELACIONES.....	180
4.4. ANÁLISIS DISCRIMINANTE.....	182
4.5. REGRESIONES.....	188
5. CAPÍTULO QUINTO: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	191
5.1. DETERMINANTES SOCIALES: SU REFLEJO EN LA MUESTRA.....	191
5.1.1. Variables sociodemográficas.....	191
5.1.2. Apoyo comunitario.....	201
5.1.3. Comportamientos de riesgo para la salud.....	204
5.1.4. Salud percibida y diagnosticada.....	207
5.1.5. Servicios de salud.....	210
5.1.6. Sistema atribucional de salud.....	211
5.2. LA PERCEPCIÓN DE SALUD COMO INDICADOR DE SALUD.....	212
5.2.1. La tensión entre lo objetivo y lo subjetivo: la salud un tema complejo.....	212
5.2.2. Cuestiones metodológicas: nuevos retos de investigación.....	215
5.2.2.1. Puntos fuertes y limitaciones del estudio.....	215
5.2.2.2. Nuevos retos para la investigación.....	217
5.2.3. Medida de la percepción de salud por parte del personal sanitario.....	219
5.3. LA INTERVENCIÓN EN LOS DETERMINANTES SOCIALES: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	223
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	229
7. ANEXOS	
I. Comparativa de algunos de los cuestionarios más utilizados para la autovaloración de la salud.	
II. Encuesta de salud de Casablanca.	
III. Constitución de cluster para las variables de apoyo comunitario y comportamientos de riesgo para la salud.	
IV. Tabla resumen estadísticos: Anova, correlaciones y discriminantes.	
8. INDICE DE TABLAS Y FIGURAS	

INTRODUCCIÓN GENERAL

“La atención sanitaria es un importante determinante de salud. Los estilos de vida son importantes determinantes de la salud. Pero... son los factores en el entorno social los que determinan el acceso a los servicios sanitarios e influyen las elecciones de estilos de vida en primer lugar”

*(Chan, 2008, Directora General de la Organización Mundial de la Salud
<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080828/en/index.html>)*

En agosto de 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud presentó su informe final “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” fruto del trabajo desarrollado durante el periodo 2005-2008.

En él se recoge una interesante descripción de las desigualdades sanitarias, situando los determinantes sociales en el centro del debate mundial sobre la salud. A juicio de la comisión, las causas principales de la salud residen en gran parte en las condiciones en las que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece. La intervención en la inequidad abre nuevas oportunidades para el desarrollo de estrategias preventivas que permitan mejorar la salud colectiva y corregir las desigualdades existentes, incluyendo el reforzamiento de la atención primaria de salud.

La presente tesis se integra en la línea de estos planteamientos, que establecen cómo la salud está condicionada por un número elevado y complejo de factores psicosociales, muchos de ellos reconocidos de manera amplia en la literatura científica, como son la educación, los ingresos y el empleo, y otros recientemente explorados, como son los relacionados con el apoyo y la cohesión social, o el lugar de residencia.

En nuestro estudio comunitario, se ha utilizado como variable dependiente la percepción de salud, indicador clásico de salud dentro de las investigaciones sociológicas desde los años 50 del siglo pasado y que con posterioridad comenzó a ganar aceptación en la investigación médica y epidemiológica al demostrarse su asociación con la mortalidad. La percepción de la salud está considerada como un legítimo indicador de estado de salud global, ofreciendo un medio válido, fiable y coste-eficaz de valoración de salud. Su consideración resulta de obligada referencia en las encuestas de salud de atención primaria.

La reflexión teórica que sustenta este trabajo de investigación se ha estructurado en dos capítulos.

El primero con el título: “la dimensión psicosocial de la salud” tiene como objetivos definir el concepto de determinantes sociales de la salud, analizando su evolución histórica y examinar el modelo propuesto por la OMS para explicar los mecanismos por los que estos factores sociales afectan a la salud.

Se profundiza en la explicación de aquellos determinantes sociales con mayor peso y que han sido utilizados como variables independientes en el estudio (género, estratificación social, estilos de vida y comportamientos de riesgo, comunidad y capital

social). En la construcción de este capítulo, se han tomado como punto de partida y eje vertebrador los diferentes informes elaborados por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS

El segundo capítulo: “la percepción de la salud como indicador psicosocial” revisa el concepto de percepción de salud en sus dimensiones individual y social. Se realiza un análisis crítico de sus relaciones con términos afines en la literatura científica como son los de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Se presentan además, las diferentes herramientas auto-informadas existentes para la medición de la salud, con especial atención al cuestionario empleado en la realización de la tesis. En la base para la elaboración de este capítulo subyace la diferente conceptualización que se realiza de la salud desde los paradigmas biomédico y psicosocial.

El desarrollo empírico de este trabajo se ha realizado con una muestra comunitaria procedente del zaragozano barrio de Casablanca. La elección de este distrito como universo de la investigación no fue casual. Se caracteriza por su riqueza y heterogeneidad social. A pesar de los actuales procesos de especulación, en Casablanca perdura y hay que preservar, su belleza paisajística, su patrimonio histórico y el sentido de pertenencia a un vecindario.

El reto de la presente tesis se encuentra en parte, en mi integración docente e investigadora dentro de equipos interdisciplinares. Mi trayectoria en el ámbito de las ciencias de la salud y particularmente en el ámbito de la fisioterapia, me predisponía a una visión de la salud, y concretamente de la enfermedad, que priorizaba sus aspectos técnicos y funcionales. Sin embargo, mi quehacer profesional me enfrentaba con frecuencia a situaciones en las que los contextos sociales y familiares del paciente condicionaban en gran parte el potencial de recuperación del mismo y limitaban su bienestar. Disciplinas como la psicología social pueden ser de gran ayuda a la hora de encarar estos retos.

Tal y como recogen French y Sim en la introducción de su libro “Fisioterapia: un enfoque psicosocial” (2006), es imposible separar la práctica profesional de la fisioterapia de su contexto psicosocial, ya que éste repercute profundamente en la misma. El que alguien siga o no los consejos del fisioterapeuta dependerá de diferentes elementos, incluidos los estilos de vida de la persona y sus recursos tanto sociales como materiales. Asimismo, se ha observado que el origen, la intensidad y la cronicidad del dolor, caballo de batalla en la clínica diaria del fisioterapeuta, tienen mucho que ver con una serie de factores psicosociales, trascendiendo las características meramente “biológicas” objetivas de la enfermedad. Por ello, coincidimos con estos autores al afirmar que: “los fisioterapeutas dispuestos a explorar y abordar los aspectos psicosociales estarán en mejores condiciones de ejercer su profesión en el siglo XXI” (p.3) y dar respuesta a las necesidades de la población en cuestiones de salud.

El incremento de la cronicidad y la discapacidad asociadas al aumento de la esperanza de vida obliga a que los profesionales sanitarios nos replanteemos los objetivos de la atención prestada, menos centrada en la curación y más en la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia. Además, parte de los retos sanitarios que nos plantea el nuevo milenio guardan relación con las enfermedades no transmisibles, como son la diabetes, la obesidad, la enfermedad cardiovascular y la

enfermedad respiratoria, en muchos casos prevenibles con la adopción de estilos de vida saludables, cuya elección podría estar condicionada socialmente.

Salud, bienestar, enfermedad y discapacidad son temas controvertidos que pueden contemplarse de distintas maneras y que plantean cuestiones relativas al poder, el sufrimiento, la desigualdad y la ética. Esto hace necesario recurrir a modelos teóricos y conocimientos concretos de otras disciplinas, como son la psicología, la sociología, la economía, la antropología y la filosofía, que enriquecen sobremedida el discurso en salud.

Es por todo ello, que al recibir la invitación de la profesora Marta Gil Lacruz para formar parte de su grupo de trabajo y desarrollar esta línea de investigación dentro del equipo, el proyecto supuso un motivante desafío que acepté con agrado.

Esta tesis es continuadora de su quehacer científico y comunitario, y se inserta dentro de la reflexión sobre los factores de riesgo y determinantes sociales de la salud que actualmente estamos llevando a cabo con el proyecto de investigación (CSO 2011-30089) “Comportamiento sexual y reproductivo en España: Factores de riesgo para la salud” financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en la convocatoria I+D+i.

Esperamos poder contribuir con este trabajo a ampliar los horizontes de la fisioterapia, especialmente en el ámbito de atención primaria y comunitaria, estimulando el desarrollo de estrategias positivas de salud pública. Asimismo, generar una mayor sensibilidad hacia los indicadores que profundizan en la experiencia humana subjetiva de lo que consideramos salud o bienestar y favorecer su implementación en los diferentes ámbitos de actuación profesional a nivel asistencial o investigador. La integración de las metodologías cualitativas, junto con su análisis interdisciplinar, permitirá avanzar en el desarrollo de un modelo que facilite la comprensión y la naturaleza íntima del proceso individual de valoración de la salud, en su base biológica y en su contexto social y cultural.

En futuros trabajos de investigación relacionados con Casablanca, nos planteamos incorporar nuevas variables de estudio relacionadas con el vecindario, como por ejemplo, las relacionadas con sus condiciones físicas y medioambientales, sus condiciones económicas, los servicios que ofrece, los problemas sociales percibidos, etc., para explorar con más detalle las relaciones que se establecen con la salud de sus vecinos.

Finalmente, nos gustaría integrar el análisis de los determinantes sociales al contexto de la comunidad autónoma gallega. Efectuar una valoración más detallada de cómo los fisioterapeutas que desarrollan su actividad en el seno de los equipos de atención primaria integran los indicadores subjetivos de salud en su quehacer diario, y analizar su papel en el desarrollo de intervenciones de salud centradas en la comunidad.

En este sentido, esta tesis no es el final de un recorrido sino el inicio de un proyecto.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

1. DIMENSION PSICOSOCIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) engloba el estudio de los factores que condicionan las desigualdades de salud bajo el nombre de determinantes sociales. En gran parte los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas en las que las personas se desarrollan. Sin embargo, en las políticas sanitarias han predominado soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente las intervenciones sobre las “causas de las causas”, como son las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, o incluso agravado si tenemos en cuenta el alza en el costo de los servicios de salud, y que la demanda de asistencia sanitaria ha aumentado.

Los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los “Objetivos del milenio” marcados por la OMS, en los que ya se reconoce la interdependencia de la salud y las condiciones sociales y se presenta la oportunidad de promover políticas en salud que enfrenten las raíces sociales del sufrimiento humano (United Nations Development Program, 2003).

La salud, y particularmente la existencia de desigualdades en este ámbito entre los diferentes países y dentro de un mismo país, ha pasado a ser un tema central en las agendas de desarrollo global de organismos internacionales. Por ese motivo, en el año 2004, el Director General de la OMS, el Dr. Lee Jong – Wook, estimuló la creación de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el propósito de generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las injusticias sanitarias. Para alcanzar ese objetivo, esta comisión programó una agenda de trabajo para el trienio 2005-2008, cuyas conclusiones han sido publicadas en forma de informes finales (género, sistemas de salud, asentamientos urbanos, condiciones de empleo, exclusión social, entre otros).

La convicción central de esta comisión estriba en que “la función de una sociedad justa va más allá de que ésta abra el camino para que sus miembros hagan uso de sus oportunidades, organizándose de tal modo que en aquellos lugares en que la gente sea privada de la oportunidad de desarrollar una vida valiosa, privada de libertad o empoderamiento, tales efectos puedan ser detectados y cambiados” (CSDH, 2007, p.3). Tomando como base el trabajo desarrollado por la comisión, el presente capítulo tiene los siguientes objetivos:

- Definir el concepto de determinantes sociales de la salud, analizando su evolución a lo largo de la historia.
- Clasificar los determinantes sociales de la salud y analizar el modelo propuesto por la OMS para explicar los mecanismos por los que estos factores sociales afectan a la salud de la población.

Finalmente, se hará especial mención a los determinantes sociales que se considera tienen mayor impacto sobre la salud.

1.1. UN NEXO SALUDABLE: DETERMINANTES SOCIALES Y EQUITAD

El término “determinantes sociales de la salud” presenta una larga historia y un intenso presente. Tal y como se utiliza en la actualidad, fue citado por Tarlov (1996) en su análisis de cómo las desigualdades en la calidad de la vivienda, la educación, la aceptación social, el empleo y los ingresos pueden traducirse en enfermedades. El autor define estas circunstancias como “las características sociales dentro de las cuales se desarrolla la vida”, o expresado de otra manera, las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan.

Tarlov priorizó la investigación de cuatro categorías de determinantes de la salud:

- Los factores genéticos y biológicos.
- Los cuidados médicos o la atención sanitaria propiamente dicha.
- Los comportamientos individuales relacionados con la salud.
- Las “características sociales en las que se desarrolla la vida”.

Entre estas cuatro categorías defendió que son las “características sociales en las que se desarrolla la vida” las que predominan sobre las anteriores a la hora de determinar la salud. En la actualidad, la evidencia científica muestra que la mayor parte de la carga global de enfermedad y de gran cantidad de desigualdades en salud se deben a factores sociales (Mc. Ginnis, 2002 y Tarlov, 1996, citados en Irwin y Scali, 2005). Como plantea Raphael (2004), estos factores sociales no condicionan sólo el nivel de vida y salud de la persona, sino que también influyen en sus aspiraciones personales, necesidades y estrategias de afrontamiento.

Cuando una persona enferma se producen cambios patológicos reales en su organismo que la ciencia médica se ha centrado en solucionar buscando de manera preferente el prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico después de una enfermedad grave. Sin embargo, es posible observar la existencia de patrones de comportamiento similares de un determinado problema de salud individual sobre sociedades enteras.

Así, en los países más pobres la población muere de manera trágica e innecesaria debido a enfermedades infecciosas y malnutrición, causadas por falta de comida, ausencia de potabilización del agua, bajos niveles de saneamiento y refugio, incapacidad para desenvolverse en medios que involucran una exposición elevada a agentes infecciosos y falta de atención médica adecuada. De manera similar, en los países de ingresos medios y altos, las personas menos afortunadas o peor situadas en su posición social tienen índices de mortalidad más altos, vinculados en este caso a enfermedades no transmisibles, relacionadas con factores de riesgo como son el sobrepeso, el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sedentarismo, entre otros.

Aunque las causas de la muerte son diferentes, se encuentra un nexo entre ambas realidades, y es que el sufrimiento innecesario de la población situada en desventaja, sea en un país rico o en un país pobre, es el resultado de cómo se organizan las sociedades (Marmot, 2006). Por ese motivo, cabe asumir que las raíces de estos problemas de salud y su configuración en patrones se deben a la combinación de causas de tipo biológico y causas de tipo social.

Entender por qué la fisiología del ser humano se modifica acorde a la posición social que la persona ocupa, a su trabajo, acorde a sus experiencias de clase, las relaciones de género y étnicas, su educación y una serie de amplios factores sociales que impactarán sobre ellas a lo largo de la vida; supone entender la raíz del problema de salud y explicar cómo las causas de un problema de salud individual se relacionan a su vez con las causas de la incidencia de este trastorno sobre la población general.

El caso del dolor lumbar es un claro ejemplo de cómo los factores psicosociales influyen de manera fundamental en su cronificación. El dolor de espalda es un problema que afecta a todas las edades y a todos los sectores de la sociedad. Su prevalencia en adolescentes es similar a la de adultos (Watson, Papageorgiou, Jones, Taylor, Symmons, Silman y Macfarlane, 2002), al igual que la prevalencia entre la población trabajadora no difiere de forma drástica de los no trabajadores (Nachemson, Waddell y Norlund, 2000). Sin embargo, los índices de prevalencia se pueden modificar en función de aspectos como son la presencia de síntomas, la solicitud de atención sanitaria, la pérdida de trabajo y la discapacidad que genera, aspectos que están influidos por un balance diverso de factores biológicos, psicológicos y sociales (Burkon, 1997; Nachemson y cols, 2000).

Los factores de riesgo del dolor de espalda y de la discapacidad que esta genera son diferentes. Un episodio de dolor de espalda puede ocurrir sin razón aparente o por un hecho fortuito (un levantamiento de peso en el trabajo, por ejemplo), y son los factores biomecánicos los que influyen más en la aparición del dolor. La discapacidad que generará este dolor de espalda, está en buena parte influenciada por factores psicosociales (Waddell y Burkon, 2000).

La influencia de los factores psicosociales está mejor documentada en el estudio del dolor de espalda en la población escolar. Según Watson, Papageorgiou, Jones, Taylor, Symmons, Silman y Macfarlane (2003) en este colectivo los factores psicosociales son de mayor importancia que los de tipo mecánico. En este sentido, la creciente evidencia científica sobre la asociación entre dolor de espalda y factores psicosociales (calidad del sueño, soporte familiar, pobre autoestima, rechazo a ir al colegio, percepción de salud, calidad de vida, etc.), junto con el carácter mayoritario benigno y autolimitado del dolor de espalda en los niños, propician que los expertos desaconsejen la medicalización de los síntomas (Balagué, Dudler y Nordin, 2003; Burkon, Clarke, McClune y Tillotson, 1996; Burkon 1996). Sin embargo, no se dispone de evidencia científica sobre cómo la modificación de estos factores pueden tener un efecto preventivo entre los escolares, y se cuestiona hasta qué punto son modificables en la infancia (Burkon, Eriksen, Lecker, Balagué, Henrotin, Müller, Cardon, Lahad y Van der Beek, 2004). A pesar de estos interrogantes sobre el mecanismo de influencia de los factores psicosociales, los científicos no dudan de su impacto.

Los determinantes sociales reflejan las posiciones diferentes que ocupa la población en la “escalera” social de estatus, poder y recursos. Su estudio se centra tanto en identificar las características específicas del contexto social que afectan a la salud, como en descubrir los caminos por los que las condiciones sociales modifican la salud (Irwin y Scali, 2005). A través de la investigación de los determinantes sociales de la salud, se busca dar respuesta a las cuestiones de por qué existe una relación graduada entre la posición social y el estatus de salud que afecta a la población en todos los niveles de la

jerarquía social, cómo se comporta este gradiente a lo largo del tiempo, si se están mejorando en las intervenciones que integran los factores que determinan la salud, y dónde y para quienes están empeorando (Marmot, 2001).

El concepto de determinante social de la salud está indisolublemente asociado al concepto de equidad en salud. El de equidad es un concepto ético difícil de precisar en su definición, y cuyo sinónimo podría encontrarse en la definición de justicia social. Margaret Whitehead en el año 1992 propone como perspectiva consensuada que: “Equidad en salud implica de manera ideal que todo el mundo tengan la justa oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y, de manera más pragmática, que nadie esté en desventaja para alcanzar ese potencial, si ello puede ser evitable” (p. 433). Esta definición es posteriormente adaptada por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS definiendo la equidad como: “La ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles en salud entre grupos sociales” (Solar e Irwin, 2005).

Al igual que la justicia social, la equidad en salud es a menudo percibida de manera más intensa a través de su ausencia. Siguiendo la definición propuesta por Whitehead, la inequidad o injusticia en salud se define como “las diferencias medibles en la experiencia y resultados de salud entre diferentes grupos de población – de acuerdo a su posición socioeconómica, área geográfica, edad, discapacidad, género o grupo étnico”. Este concepto es diferente al de desigualdad, que hace referencia a diferencias objetivas entre grupos e individuos medidas a través de la mortalidad y la morbilidad, expresando por lo tanto, únicamente la diferencia entre dos cantidades.

Las inequidades son desigualdades que son juzgadas como injustas, es decir, inaceptables y evitables.

El objetivo de la equidad en salud implica priorizar la creación de las condiciones sociales bajo las cuales las personas puedan disfrutar de las mismas oportunidades para tener una buena salud, más que por la pretensión de igualar los resultados en salud (mismas tasas de mortalidad, misma esperanza de vida, etc.). El principio de equidad en salud no busca el que todos tengan el mismo nivel de salud, sino que la distribución de determinantes sociales en salud sea tal, que todo el mundo disfrute de las mismas posibilidades de desarrollar una vida larga y saludable (Stronks y Gunning – Schepers, 1993).

Por lo tanto, las inequidades en salud reflejan diferencias en oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios, a una vivienda adecuada, al agua potable, a un puesto de trabajo digno, etc., para distintos grupos de población, y hunden sus raíces en la estratificación social.

La equidad en salud pretende que todas las personas de una sociedad alcancen el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social que las limitaciones biológicas le permitan, con la consideración de que gran número de éstas últimas son susceptibles de modificación. Por ejemplo, las limitaciones funcionales asociadas con gran número de discapacidades físicas pueden alterarse de forma radical con medidas básicas como puede ser suministrando una silla de ruedas o a través de un tratamiento de fisioterapia para mejorar la fuerza y movilidad.

Desde un punto de vista operativo el concepto de equidad en salud requiere el minimizar las desigualdades o diferencias evitables en salud y sus determinantes – incluyendo pero no limitándose a la intervención desde los servicios sanitarios – entre grupos de población que presentan diferentes niveles de ventaja social o privilegio, como por ejemplo, diferentes niveles de poder, bienestar o prestigio debido a su posición en la sociedad en relación con otros grupos. Asumir el concepto de equidad en salud implica, más allá de aliviar la pobreza y mejorar el acceso a los servicios sanitarios, el igualar las oportunidades de toda la población para la salud y bienestar y considerar inaceptable el que una persona por el mero hecho de estar en situación de desventaja dentro de la sociedad, tiene que sufrir de manera innecesaria dolencias físicas, limitaciones en su desarrollo mental o morir antes de tiempo (Braveman, 1998).

Braveman y Gruskin (2003) sintetizan estas ideas en su definición de equidad: “La ausencia de disparidades en salud (y en sus determinantes sociales más importantes) que están asociadas sistemáticamente con la ventaja/desventaja social” (p.256).

De manera coherente con esta aproximación, Anand (2004) considera la salud como un “bien especial”, cuya distribución justa merece la particular atención de las autoridades políticas, por dos motivos fundamentales: (1) la salud es un elemento constitutivo directo del bienestar de la persona; y (2) la salud permite a la persona actuar como un agente (participación activa en la sociedad). Por lo tanto, las desigualdades en salud se reconocen como “desigualdades en la capacidad de una persona para el desarrollo de sus funciones”. Cuando estas desigualdades proceden de la posición que ocupa el individuo en la escala social, se abre una grave brecha en el principio político de la igualdad de oportunidades. Por lo tanto, asegurar una distribución justa de las oportunidades en salud entre los miembros de una sociedad debería de ser una de las prioridades de un gobierno justo.

La búsqueda de la equiparación de oportunidades frente a la equiparación de resultados en salud, viene a considerar que las diferencias en salud procedentes de la elección libre de los individuos son aceptables, pero siempre analizando la posibilidad de que detrás de esa “elección libre” existan fuerzas sociales que estén más allá del control individual (por ejemplo, los obreros en la construcción ¿“eligen” exponerse a riesgos ambientales y laborales?).

La consideración de la salud como un asunto privado, supone la utilización del argumento de la “responsabilidad individual” para absolver a los diferentes agentes sociales de su propia responsabilidad de cara a solucionar las desigualdades en salud y responder a las necesidades de los grupos excluidos.

A la hora de abordar problemas de salud como el del sobrepeso, las preguntas se suelen orientar hacia el individuo, explorando sus motivaciones. Una concepción más colectiva, acorde con los planteamientos de la equidad en salud, busca responder a otro tipo de preguntas, como son el porqué los niveles de obesidad en los países con alto nivel de ingresos se han incrementado en la última década y considerar qué características de la sociedad la han fomentado. La asunción de que el cambio de comportamiento se relaciona con la motivación de la persona es muy común, a pesar de la evidencia de que la gente necesita ambientes de apoyo en los que hacer elecciones saludables, y que las presiones de las convenciones sociales, publicidad y la propia

dificultad para acceder a comida sana (fruta, vegetales...) tienen posiblemente un peso mayor en la elección de lo que la gente hace (Baum, 2002).

Urge una aproximación más social y comprometida con la equidad en salud, si bien no hay acuerdo de cómo afrontar estos cambios.

Dada la complejidad del tema, se encuentran diferentes acepciones para describir las desigualdades en salud (Graham, 2004a; 2004b; 2005; y Graham y Kelly, 2004):

- Las desventajas en salud (*health disadvantage*).
- Las distancias o brechas en salud (*health gaps*).
- Los gradientes en salud (*health gradients*).

Las desventajas en salud (*health disadvantage*) se centran básicamente en el estudio de las diferencias, reconociendo que éstas existen entre los distintos segmentos de una población, o entre sociedades. Así, al afirmar que un adolescente de 15 años del Reino de Lesoto tiene un 10% de posibilidades de llegar a cumplir los 60 años, frente al 91% de posibilidades de un adolescente de la misma edad en Suecia, se reconoce la existencia de una diferencia entre estas dos sociedades.

Las distancias en salud (*health gaps*) relacionan las diferencias en salud existentes entre los peor situados, con niveles más bajos de ingresos, y los demás miembros de la misma sociedad, y a menudo asume de manera errónea que aquellos que no están en situación de desventaja disfrutan uniformemente de buena salud. Tomando un ejemplo de una sociedad como la norteamericana, es posible encontrar diferencias en la esperanza de vida entre sus ciudadanos de hasta 20 años, al comparar la esperanza de vida de la población afroamericana pobre y que vive habitualmente en las zonas centro de las grandes ciudades (57 años), frente a la población rica predominantemente de origen caucasiano y que vive en las zonas residenciales situadas en las afueras de los centros urbanos (77 años). Esto podría hacer pensar que la población de las áreas residenciales goza de buena salud, si bien esto no tiene por qué ser así, puesto que existen otros factores como pueden ser los relacionados con los estilos de vida (sedentarismo, consumo de comida basura) que pueden situar a esta población en riesgo.

El gradiente en salud (*health gradients*) incorpora al análisis de las desigualdades todo el conjunto de la población, asociando la posición socioeconómica y la salud y reconociendo que hay un patrón sistemático en las desigualdades en salud. Es decir, la distribución de salud dentro de una comunidad adopta la forma de gradiente, que va desde lo más alto a lo más bajo del espectro socioeconómico. Por lo tanto, los efectos negativos de las inequidades en salud afectan a la totalidad de la jerarquía social, incrementándose gradualmente desde la parte alta de la misma hasta su base. Esta aproximación resalta cómo las consecuencias negativas de la desigualdad repercuten en toda la población.

La evidencia empírica de este modelo es notable, habiéndose constatado la presencia de gradientes en salud en países con niveles de renta muy diferentes. Así, Vitoria, Fenn, Bryce y Kirkwood (2005) ilustraron la existencia del gradiente en la cobertura de intervenciones preventivas de la mortalidad infantil en función del grupo

socioeconómico al que pertenecían los niños en nueve países de renta baja, identificando diferentes patrones de inequidad. Los resultados de su estudio mostraron que aunque existen numerosos programas preventivos desarrollándose en estos países, la probabilidad de recibir intervención estaba directamente asociada con el nivel socioeconómico, con los niños más pobres recibiendo un menor número de intervenciones frente a sus pares más ricos.

Otro ejemplo lo encontramos en relación con la distribución de los comportamientos de riesgo, por ejemplo el hábito tabáquico: el porcentaje de fumadores disminuye en relación con los diferentes grupos socioeconómicos en forma de un gradiente de menor a mayor, de tal manera que el porcentaje de fumadores es progresivamente menor a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas. La tabla 1 ilustra el ejemplo con datos objetivos procedentes del Instituto Australiano de Salud y Bienestar (Baum, 2007). La existencia de este gradiente de salud sugiere la necesidad de diseñar e implementar estrategias universales orientadas a toda la población, junto con aquellas dirigidas a los más necesitados.

Tabla 1: Porcentaje de fumadores y porcentaje de cambio en los cinco quintiles socioeconómicos en Australia, 1998 – 2004

Quintiles	1998	2001	2004	% Cambio
1º (más bajo)	30.0	25.8	27.3	- 9%
2º	27.0	25.1	23.6	-13%
3º	28.4	23.7	21.7	-16%
4º	25.8	23.6	18.1	-29%
5º (más alto)	23.1	18.4	15.1	-35%

Fuente: Baum (2007)

Por tanto, el desarrollo de una política efectiva y global que actúe sobre los determinantes sociales debe plantearse como mínimo dos objetivos:

- Fomentar la mejora en salud (o un cambio positivo en los determinantes subyacentes) para todos los grupos socioeconómicos.
- Conseguir que esta mejora se incremente a medida que se descenden peldaños en la escalera social. Es decir, se requiere un ratio diferencial de mejoras, mayor para los grupos más pobres (más mejoras) y progresivamente menor (menos mejoras) para los grupos socioeconómicos más altos.

En el ejemplo del tabaco se encuentra plasmado este doble planteamiento. El tabaco está considerado como el número uno de los factores de riesgo que amenazan la salud de la población a nivel mundial (European Union, 2007). Existen numerosos e importantes riesgos para la salud asociados a su consumo, como son la osteoporosis, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, la ceguera, enfermedades vasculares, infarto, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, leucemia, debilitamiento del sistema inmune, enfermedad vascular periférica, lenta cicatrización y daño e incluso pérdida en el embarazo (Mackay y Eriksen, 2002; Ussher, 2005). Por ello, conseguir reducir las tasas de consumo por parte de la población es un objetivo prioritario en las agendas de salud de todos los países europeos. Las políticas desarrolladas de cara a conseguir su

abandono por parte de la población fumadora pueden plantear diferentes metas, como puede ser el reducir en el año 2015 el consumo en un 25%. La consecución de este objetivo es claramente una mejora en salud para todos los grupos socioeconómicos.

No obstante, este primer análisis no sería del todo correcto ya que se estaría omitiendo el hecho de que entre los grupos socioeconómicos desfavorecidos no se encuentra esa tendencia hacia la reducción del tabaco (Shafey, Dolwick y Guindon, 2003). Es decir, los más pobres fuman más y presentan peores índices de abandono. Es más, es posible hipotetizar que se estén incrementando las distancias en salud entre los grupos sociales, al menos inicialmente, toda vez que los fumadores en mejor posición económica y con más educación presentan una mayor probabilidad de dejar de fumar con éxito. El concepto de equidad implicaría reformular el objetivo y plantear: en el 2015 se producirá una reducción en el consumo del 25% (tal y como se planteaba inicialmente), añadiendo: “con una reducción de al menos un 50% entre los grupos socioeconómicos más bajos”.

En resumen y siguiendo a Graham y Kelly (2004), se puede considerar que las causas de la inequidad en salud no se establecen en los comportamientos que dañan la salud de los grupos más pobres, sino en las diferencias sistemáticas en oportunidades de vida, estándares de vida y los estilos de vida asociados a personas situadas de manera desigual en la jerarquía socioeconómica.

1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE SU ESTUDIO COMPARTIDO

El concepto de determinante social de la salud surge como tal en la literatura científica actual a finales de los años 70 y principios de los 80 del pasado siglo, a partir de una serie de críticas que subrayaban las limitaciones de las intervenciones en salud centradas en los factores de riesgo individuales. Como ejemplo se puede citar el debate suscitado entorno a la publicación de la evaluación de resultados de los programas de salud pública desarrollados en los años 70 y 80 en Estados Unidos para prevenir la enfermedad cardiovascular, basados en la identificación y tratamiento de individuos de alto riesgo (fumadores, hipertensos y con niveles altos de colesterol). Estos estudios asumieron que los comportamientos de riesgo relacionados con la salud (hábito tabáquico, sedentarismo, obesidad, dieta rica en grasas), eran las fuerzas dominantes en el desarrollo de enfermedad cardiovascular, y que interviniendo exclusivamente en la disminución significativa en los factores de riesgo, se conseguiría disminuir la morbilidad y mortalidad de la misma (Winkleby, 1994). La evidencia de la utilidad de estos programas no fue tan concluyente como se esperaba (Fronlich y Potvin, 1999).

Los críticos con las intervenciones centradas en los factores de riesgo sostenían que la compresión y mejora de la salud requería de un abordaje social preferente en las sociedades a los que los individuos pertenecían, más que en las personas de manera aislada. Esto suponía el focalizar las estrategias preventivas en los patrones y estructuras sociales que facilitarían oportunidades para el bienestar. Geoffrey Rose (1985) es el máximo representante de la “estrategia de población” (*population strategy*) para la promoción de salud, cuya aportación fundamental es el reconocimiento de que los riesgos para la salud están a menudo distribuidos de manera amplia a lo largo de un continuo en la población, más que centrada en un grupo específico de alto riesgo. Según

su planteamiento, y siguiendo con el ejemplo de la enfermedad cardiovascular, sería de mayor interés para disminuir la mortalidad por estas causas rebajar la cantidad de sal en la comida manufacturada que consume la totalidad de la población de cara a reducir los niveles de tensión arterial, que actuar única y exclusivamente sobre las conductas problemáticas de las poblaciones en alto riesgo (los hipertensos).

El concepto de determinante social de salud supuso un gran avance en la manera de entender la salud y el cuidado sanitario de la población, suponiendo la evolución de un modelo de enfermedad biomédico más interesado en la patología y centrado en la curación o contención de la enfermedad, a un modelo de bienestar interesado en la salud y centrado en la búsqueda de estrategias para su mantenimiento y promoción. En este sentido cabe citar dos informes de especial relevancia para establecer el origen de los esfuerzos contemporáneos en el estudio e investigación sobre el impacto de los determinantes sociales sobre la salud:

- el Informe Lalonde de Canadá (1974) y
- el Black Report del Reino Unido (1980).

El Informe Lalonde, encargado en el año 1973 por el Ministerio Nacional de Salud y Bienestar, fue dirigido por Mark Lalonde con el objetivo de desarrollar una nueva dirección para su política en atención sanitaria. Reducía el énfasis atribuible a las instituciones médicas y proponía cuatro determinantes de salud, en concreto, la biología, los servicios de salud, el medio ambiente y los estilos de vida. Además, este modelo cuantificó su importancia relativa en la prevención de la mortalidad de las personas, estableciendo que los estilos de vida junto al medio ambiente determinan más del 60% de la mortalidad en los países del entorno desarrollado.

El Black Report se realizó por encargo del Secretario de Estado de Servicios Sociales del Reino Unido David Ennals, con el objetivo de recopilar información que aclarase las causas de las desigualdades en salud entre clases sociales en el Reino Unido y los factores que contribuían a ellas. Partiendo del análisis de los resultados de una encuesta de salud, el informe planteaba un total de 37 recomendaciones para reducir las desigualdades en salud, centradas muchas de ellas en la modificación de las condiciones sociales de la población así como en los estilos de vida. Su principal dificultad fue el haberse encargado en el año 1977 en el seno de un gobierno de corte laborista y haber sido finalizado y entregado tres años después en el seno del recién constituido gobierno conservador de Margaret Thatcher, que pretendía entre los objetivos centrales de gobierno la reducción del gasto público. En este contexto no es de extrañar que se considerasen utópicas las recomendaciones del Black Report, lo que determinó su escaso alcance a nivel político. Sin embargo, tuvo un gran impacto en la comunidad científica internacional e inspiró un buen número de encuestas nacionales sobre desigualdades en salud comparables en diferentes países.

No obstante, entender el porqué es en este momento y no en otro en el que surge el interés sobre los determinantes sociales de la salud, requiere un análisis histórico más exhaustivo, prestando atención a su lectura política y económica y a la interacción que se produce entre los diferentes contextos históricos y sus actores, con especial atención a la OMS.

La tabla 2 esquematiza las principales reuniones internacionales a las que se hace referencia en este apartado por su especial relevancia y contribución al desarrollo de la dimensión social de la salud, hasta el año 2004 en el que se constituye la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Puede observarse la apuesta explícita por el estudio de las condiciones sociales y el concepto de desarrollo social. En los siguientes epígrafes se explicará detalladamente su evolución, contenido e impacto en las políticas, estudio e intervenciones en salud.

1.2.1. LOS ANTECEDENTES DEL ENFOQUE SOCIAL DE LA SALUD

Desde principios del siglo XIX, diversos estudios epidemiológicos han confirmado el papel central de factores sociales y medioambientales sobre las mejoras en salud obtenidas en la población de los países industrializados. Las campañas sanitarias diseñadas y la mayor parte de los trabajos desarrollados por los padres de la salud pública moderna, pusieron de manifiesto hace ya dos siglos la importante asociación entre la posición social, las condiciones de vida y los resultados en salud. Por ejemplo, el historiador británico Thomas McKeown (1976) defiende que la mayor parte del descenso en la mortalidad por enfermedades infecciosas de la época moderna es anterior al desarrollo de tratamientos médicos efectivos (el descubrimiento de la penicilina para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar tiene lugar en el año 1948), siendo atribuible dicho descenso a cambios en la nutrición y en las condiciones de vida de la población. De esta manera el autor concluye que la salud global de la población guarda menos relación con los avances médicos que con los estándares de vida y la nutrición.

La dimensión social de la salud aparece ratificada de forma importante en la Constitución de la OMS del año 1948, que entre sus funciones centrales incluye la de “promover (...) las mejoras en las condiciones de nutrición, vivienda, salubridad, recreación, económicas y de trabajo y otros aspectos de higiene medioambiental”. Y lo hace además, con la previsión de una integración entre el enfoque biomédico/tecnológico y el enfoque social de la salud. Sin embargo, el devenir histórico de los acontecimientos a nivel político eclipsó de manera temporal este enfoque social de la salud como derecho universal que no se volvió a retomar con fuerza hasta el año 1978.

1.2.2. LOS AÑOS 50: ÉNFASIS EN LA TECNOLOGÍA Y ESPECIALIZACIÓN

El contexto político de la guerra fría que siguió a la 2ª Guerra Mundial y el proceso de descolonización dificultaron la evolución del modelo social de salud y favoreció un enfoque de la salud basado en el desarrollo tecnológico y la planificación de campañas de salud con una impronta militarista o de ocupación. Los factores históricos responsables de este cambio de rumbo son múltiples.

El descubrimiento de nuevos medicamentos (principalmente antibióticos y vacunas) alimentó la idea generalizada de que el desarrollo tecnológico era la respuesta a los problemas de salud del mundo. Además, sirvió de germen para una industria farmacéutica moderna y emergente, que se convertirá con el paso del tiempo en un gran

lobby de poder, con capacidad de influir sobre las políticas sanitarias a nivel nacional e internacional.

Tabla 2: Conferencias internacionales sobre la dimensión social de la salud

AÑO	CONFERENCIA	ORGA-NISMO	LUGAR	CONTENIDO
1976	Asamblea Mundial de la Salud	OMS	Ginebra (Suiza)	Planteamiento del lema “Salud para todos en el año 2000”.
1978	Conferencia Internacional en Atención Primaria de Salud	OMS Y UNICEF	Alma-Ata (Kazakhstan)	Estrategia mundial de “Salud para todos”. Observación de los principios de Atención Primaria de Salud.
1979	Asamblea Mundial de la Salud	OMS	Ginebra (Suiza)	Respaldo a la declaración de Alma Ata. Se considera la Atención Primaria de Salud como la llave para alcanzar un nivel aceptable de salud.
1979	Conferencia “Salud y Población en Desarrollo”	Fundación Rockefeller	Bellagio (Italia)	Introduce el concepto de Atención Primaria de Salud Selectiva.
1985	Conferencia “Salud a bajo coste”	Fundación Rockefeller	Nueva York (USA)	Analiza la contribución de factores políticos y sociales al bienestar, a través de las experiencias de cuatro países con bajo nivel de renta.
1986	1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud	OMS	Ottawa (Canadá)	Publicación de la Carta Ottawa. Desarrollo del concepto de promoción de salud como medio para alcanzar la equidad sanitaria.
1995	Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social	Naciones Unidas	Copenhague (Dinamarca)	Consenso sobre la necesidad de situar a la población en el centro del desarrollo. Se tomaron como compromisos para el desarrollo la conquista de la pobreza, el pleno empleo y el fomento de la integración social.
1997	Conferencia Internacional Acción Intersectorial para la Salud: una piedra angular para el lema “Salud para todos en el siglo XXI”	OMS	Halifax (Canadá)	Analiza los problemas y progresos en relación con la acción intersectorial en salud, identificando políticas futuras y estrategias adecuadas para el siglo XXI. Como principal conclusión se extrae la necesidad de un mayor análisis de las causas de los éxitos y fracasos de la acción intersectorial, de cara a un aprendizaje futuro. Las estrategias deben ser modificadas, adaptadas e implementadas a nivel global, nacional y local, de manera ajustada a las realidades de cada país.
2000	Cumbre del Milenio	Naciones Unidas	Nueva York (USA)	Aprobación de la declaración del Milenio, con definición de sus objetivos.
2004	Asamblea Mundial de la Salud	OMS	Ginebra (Suiza)	Se determina la creación de una comisión específica dentro de la OMS para el estudio de los determinantes sociales de salud.

La retirada de la Unión Soviética y de otros países comunistas de las Naciones Unidas y sus agencias en 1949 permitió que éstas, incluida la OMS, quedasen bajo una mayor influencia de los Estados Unidos de América. De ahí que la OMS se mostrase reacia a enfatizar un modelo social de salud, con un claro trasfondo ideológico que no era bienvenido en el contexto de la guerra fría.

Durante los años 50 y 60 se produjo la independencia de la mayor parte de las colonias europeas en África y Asia, de tal manera que los modelos sanitarios que se establecieron en estos países en vías de desarrollo lo hicieron influenciados por la dinámica del colonialismo. Los modelos sanitarios de las colonias se caracterizaron por estar centrados en prestar cuidados curativos a través de alta tecnología, ubicada en hospitales urbanos, y por atender de manera casi exclusiva a las élites colonizadoras.

Quedaba desatendida o sin servicios la población rural y los habitantes de los barrios más desfavorecidos y perdía espacio y recursos el desarrollo de programas de salud pública. Tras la independencia, si bien muchos países reconocieron sobre el papel la necesidad de extender los servicios de salud al ámbito rural y otras poblaciones desfavorecidas, en la práctica la mayor parte de los fondos destinados por los gobiernos para sanidad, o que eran donados por organismos internacionales, se invertían en las ciudades en hospitales para atención curativa de una población urbana de élite.

Las políticas de salud pública internacional se caracterizaron durante este período por el desarrollo de “programas verticales”, esto es, campañas muy focalizadas en la lucha contra enfermedades concretas, como la viruela, la malaria y la tuberculosis, que enfatizaban el uso de la tecnología y prestaban poca atención al trabajo comunitario. Entre sus ventajas se encontraba el hecho de ser altamente eficientes en algunos casos (como fue el de la viruela, que se erradicó), y fácilmente cuantificables (a través de número de vacunas dispensadas, por ejemplo); sin embargo eran programas que tendían a ignorar el contexto social de la población y su papel en la génesis de enfermedad o bienestar.

Un ejemplo del fracaso de este tipo de estrategias fue la campaña de la OMS – UNICEF para la eliminación global de la malaria. Esta campaña comenzó de manera oficial en año 1955, con la fumigación masiva del insecticida DDT para acabar con el mosquito anófeles responsable de la propagación de la enfermedad. Siguiendo las indicaciones de su principal impulsor, Fred L. Soper, la campaña se apoyaba en los siguientes hechos: (1) la acción bloqueadora del insecticida sobre la transmisión de la infección; y (2) que en la ausencia de esta transmisión la malaria desaparecería de manera espontánea (Litsios, 2000).

Las críticas comenzaron a principios de los años 60, procedentes de aquellos que consideraban que la excesiva atención y esfuerzo puestos en la campaña estaban perjudicando el desarrollo de los servicios de salud (Litsios, 2002a). De manera simultánea, la OMS propuso la idea de los proyectos pre-erradicación, es decir, fortalecer los servicios de salud de manera que pudiesen sustituir la campaña de erradicación en su fase final y proteger el nivel de supresión obtenido allá donde se hubiese alcanzado (sea a nivel nacional o regional). La realidad por la que la OMS adoptó esta decisión es compleja e influyeron factores como la dificultad para seguir obteniendo fondos para la campaña vertical, así como las presiones recibidas por parte

de estados africanos emergentes que demandaban la extensión del programa de erradicación al continente africano. Esta posición se encontró con la discrepancia de algunos erradicacionistas, entre ellos el propio Soper, que consideraron que este nuevo enfoque condenaba el éxito de la campaña, puesto que no habría suficientes recursos para simultanear el propósito de la erradicación global y el desarrollo de servicios de salud capaces de implementar la vigilancia epidemiológica requerida para mantener la malaria controlada (Litsios, 2002b). Es difícil contestar hasta qué punto este debate pudo haber sido la causa de que la campaña llegase a su fin antes de lo previsto. En todo caso, el programa demostró ser un fracaso económico y fue suspendido en el año 1969, cuando se observó que la eliminación total de la enfermedad no se podía prever en el futuro (Litsios, 1997; Litsios, 2000).

1.2.3. LOS AÑOS 60 Y EL INICIO DE LOS 70: LA LLEGADA DE LOS ENFOQUES COMUNITARIOS

A mediados de los años 60 el modelo médico y de salud pública dominante se cuestionaba porque no era capaz de atender las necesidades más urgentes de salud en las poblaciones pobres y desfavorecidas (situadas de forma mayoritaria en los países en vías de desarrollo). Motivados por la necesidad, comunidades locales y profesionales de la salud investigaron alternativas a las campañas verticales y a los cuidados sanitarios centrados en áreas urbanas. Surge así un interés renovado por las dimensiones social, económica y política de la salud, y el embrión de lo que más tarde se denominará Programas de Salud basados en la Comunidad, cuya piedra angular es “la educación para la salud y la prevención de la enfermedad”.

El modelo de atención sanitaria altamente tecnificada prestada en los hospitales, con profesionales médicos altamente cualificados, fue desplazado paulatinamente por un modelo basado en la participación de la comunidad en la toma de decisiones en salud. Se parte de la base de que la presencia dentro de la comunidad de profesionales de la salud, aún con una formación más reducida, podría atender la mayoría de los problemas de salud comunes presentes en la misma.

Las iniciativas basadas en la comunidad florecieron en diferentes países en vías de desarrollo, siendo el ejemplo más claro de ello los “médicos descalzos de China”. Con la creación en 1949 de la República Popular China, la china comunista realizó la expansión masiva de los servicios médicos rurales, iniciando así la atención básica en salud del pueblo chino. Para ello se sirvió fundamentalmente de los “médicos descalzos” colectivo integrado por un grupo diverso de profesionales de la salud, médicos y funcionarios, que vivían y trabajaban en la comunidad a la que servían, enfatizando la atención sanitaria rural más que la urbana y los servicios preventivos más que los curativos, propugnando la integración de la medicina tradicional china (rescate de la acupuntura, uso de plantas medicinales) con la medicina occidental (Sidel, 1972). Iniciaron sus actividades dando orientaciones sobre la alimentación, la vivienda y el saneamiento ambiental. Como resultado, varias enfermedades fueron controladas (esquistosomiasis, las enfermedades de transmisión sexual, la lepra, la peste), y se realizaron inmunizaciones masivas, la potabilización del agua, la erradicación de plagas (moscas, mosquitos, ratas, gorriones –por ser destructores de la agricultura). Entre sus logros se cuenta la disminución notable de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida de la población (Sidel y Sidel, 1975).

Por otra parte, se considera que algunos de estos programas comunitarios constituyeron el germen para movimientos relacionados con la justicia social y los derechos humanos. Según Werner y Sanders (1997, citados en Irwin y Scali, 2005) en numerosos casos (el derrocamiento de Somoza en Nicaragua, la resistencia en Sudáfrica al régimen del *apartheid* y la caída del gobierno autoritario de Ferdinand Marcos en Filipinas), sentaron las bases para el cambio político y el derrocamiento de regímenes despóticos. Además, el movimiento antimilitarista presente en muchos países en vías de desarrollo y el debilitamiento del prestigio de Estados Unidos a raíz de su participación en Vietnam, ayudaron a crear unas condiciones favorables para la aceptación global de estos modelos alternativos de salud a finales de los 60 (Cueto, 2004).

A principios de los años 70, estos programas de salud que comenzaron como experiencias independientes a nivel local o nacional, crecieron a nivel internacional. En el año 1975, Kenneth W. Newel, miembro y directivo de la OMS, publica “Health by people”. En este libro el autor compila experiencias de éxito de estos nuevos programas desarrolladas en África, Asia y Oceanía y propugna un fuerte compromiso con la dimensión social de la salud:

“Tenemos estudios que demuestran que muchas de las “causas” de los problemas comunes de salud derivan de elementos de la sociedad en sí misma y que un enfoque exclusivamente sectorial de la salud es inefectivo. Otras acciones fuera del campo de la salud puedan, quizás, tener mayores efectos sobre la salud, que las intervenciones estrictamente sanitarias” (p.X).

En ese mismo año, la OMS y UNICEF publicaron el informe “Aproximaciones alternativas para satisfacer la necesidades básicas de salud en los países en desarrollo” que puso de relieve las deficiencias de los programas verticales. Dicho informe enfatizó que los factores sociales, como la pobreza, la vivienda inadecuada y la ignorancia eran las verdaderas raíces subyacentes a las causas de morbilidad (por malnutrición, problemas durante el parto, enfermedades respiratorias y diarreas) en los países en vías de desarrollo. Además examinó experiencias de éxito en atención primaria de salud desarrolladas en diferentes países (Bangladesh, China, Cuba, India, Níger, Nigeria, Tanzania, Venezuela y Yugoslavia), con el objetivo de identificar los puntos clave de sus logros (Djukanovic y Mach, 1975).

Este modelo emergente de salud encontró un poderoso defensor en la figura de Halfdan Mahler, Director-General de la OMS desde 1973 hasta 1988. Líder carismático y de profundas convicciones morales luchó por reducir las injusticias en salud y el sufrimiento innecesario que experimentaban millones de pobres y marginados en el mundo. Tras participar en programas verticales de lucha contra la enfermedad llegó a la conclusión de que muchos de los sistemas sanitarios de países en vías de desarrollo se distorsionaban al centrarse de manera excesiva en tecnologías curativas avanzadas. En la Asamblea Mundial de Salud celebrada en el año 1976, planteó el lema “Salud para todos en el año 2000”, aclarando que: “Salud para todos implica la eliminación de obstáculos a la salud, que es lo mismo que decir, la eliminación de la malnutrición, la ignorancia, el beber agua contaminada y las malas condiciones de vivienda, mucho más allá que resolver problemas estrictamente médicos” (Mahler, 1981, p. 6).

1.2.4. LA CONCRECIÓN DE UN MOVIMIENTO: ALMA-ATA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En el mes de septiembre de 1978 se celebra en Alma-Ata (Kazakhstan) la Conferencia Internacional en Atención Primaria de Salud, patrocinada por la OMS y UNICEF, a la que asisten 3.000 delegados procedentes de 134 países y 67 organizaciones internacionales. Esta conferencia se convierte en el hito de la salud pública moderna, y asume la meta marcada por Mahler de “Salud para todos en el año 2000”, defendiendo como medio para alcanzarla la Atención Primaria de Salud (APS).

A partir de este momento resurge el tema de los determinantes sociales como un asunto prioritario de salud pública. El nuevo modelo de APS establece de manera explícita la necesidad de una estrategia global de salud que, además de prestar servicios sanitarios, actúe sobre las causas subyacentes a nivel social, económico y político de la enfermedad. El nuevo modelo de APS presenta una doble vertiente (WHO/UNICEF, 1978):

- Es el nivel fundamental de atención sanitaria dentro de un sistema de salud para enfatizar de esta manera las necesidades básicas de salud de la mayoría. En España el desarrollo de este nivel asistencial se produce con la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Esta ley posibilitó el tránsito del antiguo modelo sanitario de Seguridad Social, al actual modelo del Sistema Nacional de Salud, financiado con impuestos generales y de cobertura prácticamente universal.
- Se trata de una filosofía de trabajo en salud al formar parte del “desarrollo social y económico global de una comunidad”.

Los tres principios clave de la filosofía de la APS son (Cueto, 2004):

- Principio de “tecnología apropiada”, que critica el papel negativo del uso de la tecnología médica orientada exclusivamente a la enfermedad, (como por ejemplo, el uso de los escáneres) haciendo referencia a que es demasiado costosa, sofisticada y sobre todo irrelevante a las necesidades comunes de los pobres. Además, se critica la creación de grandes hospitales urbanos en los países en vías de desarrollo, ya que promueven una cultura consumista de dependencia, benefician a una minoría y monopolizan gran parte de los recursos sanitarios. La alternativa es la tecnología médica apropiada, sólida desde un punto de vista científico, más factible desde un punto de vista financiero y situando los centros de salud en áreas rurales y barriadas, donde puedan ser atendidas las necesidades reales de la población.
- Principio de “oposición al elitismo médico”, lo que implica la reducción de la dependencia generada por y hacia un personal sanitario altamente especializado y una mayor movilización de miembros de las comunidades y entrenamiento de personal sanitario no especializado para asumir responsabilidades en tareas sanitarias.
- Principio referido a la “conexión explícita entre la salud y el desarrollo social”. La salud es considerada una herramienta para el desarrollo socioeconómico.

El modelo de APS incluye entre sus pilares la “acción intersectorial”, el trabajo conjunto de instituciones públicas y privadas en salud temas de salud, dirigida hacia los determinantes sociales y medioambientales de la misma. La declaración de Alma-Ata especifica que este nuevo modelo “implica, además del sector sanitario, todos los sectores y aspectos relacionados de desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, la ganadería, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, la comunicación y otros sectores; y requiere del esfuerzo coordinado de todos ellos”.

Este concepto de “acción intersectorial” adquiere especial relevancia durante los años 80, genera un departamento específico dentro de la OMS y es objeto de debate y discusión en diferentes foros y reuniones internacionales, que culminaron con la publicación de la carta de Ottawa en Promoción de la Salud (WHO, 1986). En ella se identificaron ocho determinantes llave o prerequisites de salud: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos o renta, un ecosistema estable con recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. Además, se reconoce la necesidad de una acción coordinada entre diferentes departamentos del gobierno, así como entre organizaciones no gubernamentales y de voluntariado, el sector privado y los medios de comunicación.

1.2.5. EN LA ESTELA DE ALMA-ATA: “BUENA SALUD A BAJO COSTE”

Los años que siguieron a la conferencia de Alma-Ata no fueron, en general, favorables para los progresos en salud entre los países pobres y las comunidades marginadas. Sin embargo, diversos países en vías de desarrollo emergieron como modelos de buenas prácticas durante este período, como son Costa Rica, Sri Lanka, China y Cuba. Con contextos políticos diferentes y adoptando estrategias de salud pública también distintas, todos ellos fueron capaces de mejorar sus indicadores en salud y reforzar la equidad, a pesar de su bajo producto interior bruto y de su modesto gasto en salud per cápita.

Entre los distintos programas puestos en marcha por Costa Rica para la mejora de sus indicadores de salud, las autoridades políticas invirtieron sus esfuerzos en la mejora de la relación salud – educación, y muy especialmente la educación en la mujer. Así, el notable incremento de la escolarización que se produjo en las décadas de los 40 y 50 permitió que la proporción de mujeres que finalizaron sus estudios primarios aumentara de un 17% en el año 1960 a un 65% en el año 1980. Esta tendencia parece haber contribuido de forma sustancial y favorable a la drástica caída de la mortalidad infantil que se observó en este país (cifrada en un 70% frente al 40% de la población general) durante los años 70 (Rosero – Bixby, 1985; Saenz, 1985).

En el caso de Sri Lanka, país que alcanzó la independencia en el año 1948, la activa implicación de la mujer en la vida política del país desde antes de la independencia forzó a las élites políticas a responder a sus demandas, situando la salud materno - infantil como una prioridad ya desde la década de los años 30. Además, la educación libre y universal que se instauró desde la independencia propició una gran expansión en la educación de la mujer en la década de los años 50 y 60 disminuyendo las diferencias por sexo. Esto condujo a una amplia aceptación de la planificación familiar y una caída de los nacimientos desde el inicio de los años 60. También, se consideró una prioridad

la nutrición de la población y el garantizar, a través de una red de cooperativas, la autosuficiencia del país en la producción de arroz y otros alimentos esenciales que garantizase el aporte de los mismos a toda la población. Según el Instituto Marga de Sri Lanka (1984), - organismo que desde el año 1972 está dedicado al estudio y evaluación crítica del proceso de desarrollo en este país -, el resultado de estas medidas fue el incremento en un 40% del aporte calórico medio de la población entre los años 1956 y 1963.

En el año 1985, la fundación Rockefeller patrocinó una conferencia bajo el lema “Buena Salud a Bajo Coste”, con el objetivo de encontrar vías para obtener mejoras sostenibles en salud en los países en vías de desarrollo (Halstead, Walsh y Warren, 1985). Al tomar como referencia el análisis de las estrategias adoptadas en los países antes citados, excepto Cuba, el movimiento “Buena Salud a Bajo Coste” defendió que era posible discernir elementos comunes entre todos ellos. Uno de los analistas, Rosenfield (1985), identificó “cinco factores sociales y políticos comunes” de especial importancia:

- El compromiso histórico de entender la salud como un objetivo social colectivo.
- Una orientación al bienestar social de las políticas económicas de desarrollo.
- La participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud.
- La cobertura universal de los servicios de salud para todos los grupos sociales (equidad) y
- la existencia de enlaces intersectoriales para la salud. En relación a la acción intersectorial, las actuaciones más relevantes parecían consistir en garantizar un adecuado consumo de alimentos para todos, incluyendo los grupos sociales más vulnerables, y la educación de las mujeres.

De estos cinco factores sociales y políticos, el que aparentemente se encontraba más fácilmente al alcance de los países en vías de desarrollo era el último, los enlaces intersectoriales para la acción en determinantes de salud. Sin embargo, y de manera irónica, este ha sido, en la práctica, uno de los componentes más débiles dentro de las estrategias adoptadas por el movimiento Salud para todos (Von Schirnding, 1997 citado en Solar e Irwin, 2005), siendo múltiples las causas que lo explican.

En primer lugar, hay que señalar el alto grado de interdependencia y reforzamiento mutuo presente entre los diferentes factores, de tal manera que las posibilidades de éxito de alguno de ellos para las mejoras en salud, depende de la fortaleza del resto. Sin embargo, la mayor parte de los países trataron de implementar la acción intersectorial de manera aislada, lo cual, sin lugar a duda, contribuyó a su fracaso.

Por otro lado, los expertos en salud se encontraron con dificultades para obtener una evidencia cuantitativa que demostrase que un determinado impacto en salud era atribuible a las actividades desarrolladas en sectores no sanitarios, como el transporte, la vivienda, la educación o la política alimentaria. A esto se añadían dificultades de tipo metodológico sobre cómo medir las condiciones y procesos sociales para evaluar con exactitud sus efectos en salud; así como los períodos prolongados de tiempo que transcurren entre la introducción de políticas sociales y la observación de sus efectos en la población.

Además, con frecuencia las dinámicas internas de cada gobierno entorpecieron la acción intersectorial, como son su propia estructura, con límites muy marcados entre las diferentes secciones o ministerios, o unos presupuestos pobremente adaptados a la acción intersectorial, de tal manera que muchos ministerios podían ver en ella una amenaza para sus propios presupuestos.

Sin embargo, más allá de estos aspectos, hay que considerar como un factor decisivo para el fracaso en la acción intersectorial, y por lo tanto para el despegue de la APS, la simplificación del modelo por parte de muchas agencias donantes, autoridades internacionales de la salud y países, que pasaron de la visión ambiciosa de Alma – Ata al modelo más restrictivo de la “Atención Primaria de Salud Selectiva”.

1.2.6. LA LLEGADA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SELECTIVA

Desde un principio, los costes potenciales y las implicaciones políticas de la aplicación a gran escala del modelo de APS, crearon cierto grado de alarma en algunos sectores. Una crítica muy común se centraba en la viabilidad del eslogan “Salud para todos en el año 2000”. Por ello, de manera rápida y siguiendo la estela de Alma-Ata, surge el modelo de Atención Primaria de Salud Selectiva (APSS), como una alternativa más pragmática y atractiva desde el punto de vista financiero y políticamente menos amenazante (Cueto, 2004).

En el año 1979, impulsado por el entonces presidente de la Fundación Rockefeller John H. Knowles, se organiza en Bellagio, Italia, la conferencia bajo el lema “Salud y población en desarrollo”. En ella participaron destacados responsables de agencias y organismos nacionales e internacionales como son el presidente del Banco Mundial, el director del Centro de Investigación y Desarrollo Internacional de Canadá, el vicepresidente de la Fundación Ford y el administrador de USAID, principal agencia estadounidense de ayuda a los países en vías de desarrollo después de desastres naturales o que tratan de instaurar regímenes democráticos. La conferencia se basó en el artículo publicado por Julia Walsh y Kenneth S. Warren ese mismo año “Atención Primaria de Salud Selectiva, una estrategia provisional para el control de las enfermedades en países en vías de desarrollo”. En él se trataron de especificar las causas de muerte más comunes en los países en desarrollo prestando especial atención a las enfermedades entre la población infantil (diarrea y las producidas por falta de inmunización). Los autores, que no llegaron a criticar abiertamente la Declaración de Alma Ata, presentaron una estrategia con lo que consideraron los puntos clave que los servicios básicos de salud deberían desarrollar.

La APSS fue defendida como una estrategia provisional para poder actuar a corto plazo y de manera urgente, a través de intervenciones efectivas a bajo coste, en los países o regiones con mayores problemas de mortalidad y morbilidad. De esta manera se les daría tiempo a estos países para que reuniesen los recursos económicos suficientes y un compromiso político necesario para un modelo de Atención Primaria global. Este modelo de APSS eliminaba en efecto la dimensión social y política del modelo original, y en muchos casos vino a inhibir el modelo global de Atención Primaria como un objetivo a largo plazo.

El eje en el que se centró la actuación de la APSS fue la salud materno - infantil, considerada como un área en la que intervenciones sencillas podrían reducir la enfermedad y la muerte prematura. El ejemplo más claro lo constituyó la estrategia GOBI, promovida en los años 80 por UNICEF, bajo la dirección de James Grant, con el objetivo de reducir la mortalidad infantil (citado en Solar e Irwin, 2005):

- La monitorización del crecimiento (*Growth monitoring*) permitía identificar precozmente los niños con alteraciones del crecimiento y, por lo tanto, con problemas de nutrición.
- El tratamiento de rehidratación oral (*Oral rehydration therapy*) tenía como objetivo controlar las enfermedades diarreicas.
- La lactancia materna (*Breastfeeding*) se centraba en el valor nutricional, psicológico y de protección que ésta aportaba al lactante, por lo que debía prolongarse al menos durante seis meses.
- La inmunización (*Immunization*) con el fin de generalizar el uso de las vacunas.

Estas cuatro intervenciones eran fáciles de monitorizar y evaluar. Sin embargo, no tenían en consideración la acción intersectorial sobre los determinantes sociales y medioambientales de la salud. Con el fin de subsanar parcialmente estas carencias, en años posteriores algunas agencias añadieron FFF al acrónimo GOBI (creando GOBI-FFF), haciendo hincapié en el suplemento alimentario (*Food supplementation*), la educación de las mujeres (*Female literacy*) y la planificación familiar (*Family planning*).

La APS ha sido objeto de grandes debates que se centran entorno a las preguntas de cuál es su sentido final, cómo financiarla y cómo implementarla. Los orígenes históricos de la APS y de la APSS ilustran dos modelos diferentes de la salud internacional del siglo XX:

- La APS reivindica el hecho de que las enfermedades en los países menos desarrollados presentan una raíz socioeconómica y requieren de una respuesta política.
- La APSS asume las principales enfermedades en los países pobres como una “realidad natural” y que necesita de soluciones tecnológicas adecuadas.

Estas dos estrategias ilustran el dilema sobre el camino a seguir para solucionar los problemas de salud en el mundo. La tabla 3 sintetiza los contextos históricos, los actores, objetivos y las metodologías de salud diferentes que subyacen al origen de los modelos de APS y APSS.

Tabla 3: Comparación entre modelos de atención sanitaria

	Atención Primaria de Salud	Atención Primaria de Salud Selectiva
Contexto histórico	Crisis de la guerra fría	Neoliberalismo
Actores	Mahler (OMS)	Grant (UNICEF)
Objetivos	Salud para todos en el año 2000	Revolución infantil
Metodología en salud	Inespecífica	Estrategia GOBI

A continuación se analiza cómo la aparición del modelo de APSS a principios de los años 80 no fue accidental, sino que surgió en respuesta a un escenario político y económico determinado.

1.2.7. EL CONTEXTO POLÍTICO – ECONÓMICO DE LOS AÑOS 80: EL NEOLIBERALISMO

En los años 80 se produjo la instauración de un nuevo modelo económico y político: el “neoliberalismo”, así denominado por su énfasis en la liberalización de los mercados, y también conocido como el “consenso de Washington”, ya que tres de sus principales impulsores, el gobierno de Estados Unidos de América, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, tenían su sede en Washington, DC. El núcleo de la visión neoliberal es la convicción de que un mercado libre de la interferencia de los gobiernos constituye la forma mejor y más eficiente de producción y distribución de recursos, siendo así el mecanismo más efectivo para promover el bien común, incluyendo la salud (Coburn, 2000).

Por consiguiente, este modelo pretende minimizar la implicación del gobierno en la economía y en los procesos sociales y defiende la privatización, al considerar la gestión del Estado poco ágil, costosa desde el punto de vista económico y reacia a la innovación. Esto, de manera inevitable, trae asociado la pérdida de recursos y conlleva resultados insatisfactorios. Por lo tanto, un objetivo general del neoliberalismo es la reducción del papel del Estado en áreas clave, entre ellas la salud, en las que su presencia conduce a ineficiencias.

Como alternativa a la intromisión estatal se defiende la máxima libertad para los actores del mercado, ya que en la búsqueda de su propio beneficio generarán un crecimiento económico mayor, y por lo tanto más riqueza, que son las condiciones prerequisite para mejorar el bienestar para todos. La economía de libre mercado podría garantizar la redistribución de los beneficios económicos que generaría el crecimiento económico mejor que cualquier otra forma manejada desde el Estado.

Las atractivas ventajas económicas que ofrecía este nuevo modelo económico, aconsejaban que los diferentes países lo aplicasen de manera rápida y rigurosa para estimular su crecimiento, sin preocuparse de las consecuencias sociales que pudiesen tener los recortes sobre el gasto social realizados por los gobiernos. Estos recortes podrían generar “dolor a corto plazo” en las comunidades más desfavorecidas, pero quedaría compensado con creces con las “ganancias a largo plazo” gracias al clima favorable de inversión y de desarrollo económico acelerado.

El modelo neoliberal fue aplicado con “éxito” en países ricos de la mano Ronald Reagan en Estados Unidos de América, Margaret Thatcher en Reino Unido y Helmut Kohl en Alemania. En el campo del desarrollo internacional, el neoliberalismo fue impuesto a través de las gestiones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (denominados en su conjunto como instituciones financieras internacionales). La larga recesión económica de los años 80, asociada con las crisis de endeudamiento en los países en vías de desarrollo empujó a muchos gobiernos de países de renta media y baja al borde del colapso económico. Esto favoreció un contexto en

que los gobiernos poderosos del norte y las instituciones financieras internacionales pudieron intervenir directamente sobre las economías de estos países y forzar su reestructuración acorde a los principios del neoliberalismo como condición para la renegociación de la deuda, el acceso a nuevos préstamos y otras formas de ayuda internacional (Gershman e Irwin, 2000).

La doctrina neoliberal afectó a la salud a través de dos vías principales:

- a) Las reformas directas del sistema de salud.
- b) Las repercusiones que los programas de reajuste estructural macroeconómico impuestos en muchos países de África, Asia y América Latina, bajo la dirección de las instituciones financieras internacionales, tuvieron sobre los determinantes sociales de salud.

a) Las reformas directas del sistema de salud se orientaron a afrontar sus problemas estructurales, como eran la necesidad de limitar el gasto y conseguir una mayor eficiencia en el uso de los fondos sanitarios, los sistemas de dirección/gestión inadecuados para el acceso a los servicios de los pobres y la escasa calidad de los servicios sanitarios en muchos países y regiones (Navarro y Cassels, 1994; Standing, 1999). Aunque en un principio se planteó que las reformas deberían ser “sensibles al contexto” en el que se producían, en la práctica las reformas adoptadas siguieron un “menú” de medidas que se asumió serían válidas allí en donde se implantasen (Standing, 1999), independientemente del contexto. Las características principales de la agenda de reformas incluyeron:

- El incremento de la presencia del sector privado en el sistema de salud, estimulando las opciones privadas de financiación y la contratación de la prestación de servicios sanitarios fuera del sector público.
- La separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios.
- La descentralización, con frecuencia desarrollada sin unos adecuados mecanismos de regulación y de administración a nivel subnacional a los que se transfería la responsabilidad sanitaria.
- El criterio de eficacia frente al de equidad como criterio central para el desarrollo de las políticas sanitarias. El recorte de los recursos humanos y financieros destinados al sistema de salud dificultó en la práctica la consecución de este objetivo.

b) Los programas de reajuste estructural a nivel macroeconómico partían de las mismas asunciones que las reformas del sistema sanitario, incluyendo de manera característica los siguientes elementos:

- Liberalización de las políticas de mercado, a través de la eliminación de tarifas y otras restricciones en las importaciones.
- Privatización de los servicios públicos y empresas del Estado.
- Devaluación de la moneda nacional.
- Giro de la producción de comida y materias primas para el consumo doméstico a la producción de artículos para la exportación.

El principio fundamental de aplicación de estos programas fue el recorte drástico en los gastos del gobierno, centrados de manera especial y en la mayoría de los casos en los presupuestos asignados a gastos sociales. Estos recortes afectaron a áreas de importancia clave en los determinantes sociales de salud, como fueron la educación, los programas de nutrición, agua y salubridad, transporte, vivienda, otras medidas de protección social y redes de seguridad del Estado. Los recortes en el sector público afectaron también a sus plantillas, lo que generó un aumento repentino del paro, empujando a un gran número de familias al desempleo, sin la existencia de redes de protección para ellas y con pocas posibilidades de encontrar empleo formal en el sector privado. Los efectos sobre la salud individual, familiar y comunitaria fueron documentados, y en algunos países, como Sudáfrica, el resultado de la desestabilización social y de la inseguridad contribuyó a la hambruna, el conflicto armado y la propagación rápida del SIDA (Schoepf, Schoepf y Millen, 2000). Los efectos negativos sobre el estado de salud se cebaron en las comunidades más vulnerables.

Una tercera vía que agravó la situación especialmente para los países en vías de desarrollo, la constituyeron los acuerdos internacionales de mercado establecidos por organismos como la Organización Mundial del Comercio, y que tendrían especial importancia de mediados de los años 90 en adelante, momento en el que el mercado se convierte en el verdadero motor de desarrollo de la globalización. Las repercusiones de la liberalización del mercado para la salud son de diferente índole, y se pueden resumir en:

- Incremento de la transmisión de enfermedades entre países debido a: el mercado de alimentos contaminados, como es el caso de la leche contaminada con melanina procedente del mercado chino en el año 2008, el incremento del consumo de tabaco, que se desplaza hacia los países en desarrollo ante las políticas restrictivas en los países ricos, y un incremento transfronterizo del flujo de personas, que produce la reaparición de enfermedades en países que ya se consideraban erradicadas, como es el caso de la tuberculosis en España, vinculada a la llegada de inmigrantes procedentes de países pobres, entre otros factores.
- Incremento del mercado en productos y servicios sanitarios: ambos afectados en la actualidad por el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios respectivamente.
- Disminución de recursos públicos disponibles para la salud procedentes de los ingresos del Estado por impuestos, debido a la eliminación de aranceles y tasas de exportación.
- Cambios en los estilos de vida: la exportación de un estilo de vida fuertemente basado en el consumo que se produce de los países ricos a los países en desarrollo, supone el incremento del consumo de tabaco y de alimentos ricos en grasa y en azúcar en éstos últimos. Esto da lugar a la aparición de enfermedades no transmisibles como un nuevo problema de salud (ej. diabetes, obesidad, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, etc.).

- De una manera indirecta, el mercado afecta a la salud a través de otros sectores como son la agricultura, el medioambiente, la energía, el agua y su salubridad, y el transporte. El mercado posibilita el acceso de un amplio rango de comidas y mejora la nutrición, pero la producción de comida para la exportación puede incrementar, como de hecho sucede, el uso de químicos peligrosos. Por ejemplo, una de las mayores fuentes de emisión de dióxido de carbono en la actualidad tiene su origen en la producción de maíz en relación con los pesticidas empleados para mejorar las cosechas.

El modelo neoliberal supuso un fracaso desde el punto de vista social. El “dolor” a corto plazo del que hablaban las instituciones financieras internacionales fue mucho mayor del previsto inicialmente, mientras que las ganancias prometidas a largo plazo no llegaron a materializarse. Los países en vías de desarrollo continuaron en la mayor parte de los casos cancelando sus deudas externas, a pesar de los recortes drásticos en el gasto social. Los únicos beneficiarios de este modelo fueron inversores y líderes de países del norte, algunas élites de los países en vías de desarrollo y las propias instituciones financieras internacionales.

1.2.8. LOS AÑOS 90: REAPARICIÓN DEL ENFOQUE DE LA SALUD CENTRADO EN LOS DETERMINANTES SOCIALES

El contexto político y económico de los años 90 se caracterizó por la aparición de un fuerte debate a nivel mundial sobre el desarrollo y el proceso de globalización, que tuvo su momento más álgido en el año 1999, durante la reunión de la Organización Mundial del Trabajo celebrada en Seattle (USA), en la que miles de manifestantes expresaron su desacuerdo con las políticas marcadas por los países ricos y las instituciones financieras internacionales.

Aunque la globalización hace referencia a un proceso con implicaciones políticas, económicas y culturales, se puede considerar que “la globalización económica ha sido la fuerza motriz detrás de todo el proceso de globalización en las dos últimas décadas” (Woodward, Drager, Beaglehole y Lipson, 2001, p.876).

En este sentido, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS sigue la definición propuesta por Jenkins en 2004 de la globalización como: “Un proceso de gran integración económica dentro del mundo de la economía a través de movimientos de bienes y servicios, capital, tecnología y, en menor grado, trabajo, que conduce cada vez más a que las decisiones económicas estén influidas por las condiciones globales” (p.1). Es decir, un gran mercado global o mundial que está caracterizado por la tendencia a la privatización y a las economías de mercado propias de las prescripciones neoliberales; y apoyado firmemente por entidades de gran hegemonía en la toma de decisiones sobre el mercado, como son el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización Mundial del Comercio. La expansión de las ideas orientadas al mercado se ve sustentada por una red de élites de carácter académico y profesional, con vínculos con los gobiernos de países industrializados.

Richard GA. Feachem, catedrático de la Universidad de California y Director fundador del Instituto para la Salud Global de esta misma Universidad, publica en el

año 2001 “La Globalización es buena para tu salud, en su mayoría”, artículo en el que defiende la globalización como elemento clave actual del crecimiento económico necesario para mejorar la salud de los más desfavorecidos. Al mismo tiempo, destaca la importancia de un mundo interconectado en el que la información e ideas fluyen con rapidez en la lucha contra la opresión, la corrupción y el genocidio (como por ejemplo el ocurrido en Timor Oriental en el año 1999); así como en la mejora los derechos y posibilidades de la mujer en todo el mundo. Resalta también el papel de la tecnología e Internet como elementos de la historia de la globalización con importantes implicaciones para la salud.

Frente a esta posición, los detractores de la globalización advierten de la amenaza de un orden económico global dominado por corporaciones transnacionales y flujos volátiles de “dinero caliente”, cuyos movimientos volubles podrían ocasionar efectos devastadores en las economías nacionales y en el bienestar de las comunidades más pobres y vulnerables. Desde esta perspectiva, las crisis constituyen parte indisoluble del funcionamiento económico, como se ha podido observar con la crisis internacional del 2008.

Entre las voces críticas es significativa la de Joseph Stiglitz, vicepresidente del Banco Mundial entre febrero de 1997 y febrero de 2000 y Premio Nobel de Economía en 2001. En su libro “El malestar de la globalización” entiende que la globalización es (¿o debería ser?) fundamentalmente:

"La integración más estrecha de los países y pueblos del mundo, producida por la enorme reducción de los costes de transporte y comunicación y el desmantelamiento de las barreras artificiales a los flujos de bienes, servicios y capitales, conocimientos y (en menor grado) personas a través de las fronteras."
(p. 34)

Y aún coincidiendo en numerosos puntos con sus defensores en relación a que la globalización ha permitido el crecimiento de numerosos países más rápidamente que en otras épocas, ha disminuido la situación de aislamiento en que muchos se encontraban y ha brindado a un mayor número de personas el acceso a un grado de conocimientos que sólo hace un siglo no era alcanzable ni para los más ricos del planeta, para el autor de momento la globalización no funciona:

"Para muchos de los pobres de la Tierra no está funcionando. Para buena parte del medioambiente no funciona. Para la estabilidad de la economía global no funciona. La transición del comunismo a la economía de mercado ha sido gestionada tan mal que -con la excepción de China, Vietnam y unos pocos países del este de Europa- la pobreza ha crecido y los ingresos se han hundido"
(p. 269).

De lo argumentado por Stiglitz en su libro se desprende que las principales instituciones culpables de la actual situación de desequilibrio económico, social y político son dos: el FMI y el Tesoro americano, que han impuesto una doctrina ideológica de “fundamentalismo de mercado”, en un claro giro ideológico: es el Estado el que funciona mal y es el mercado -sobre todo el bancario- el que funciona bien. Desde este punto de vista, la regulación “natural” del mercado no sólo alcanza al

mercado de bienes, sino, más especialmente, al mercado del dinero. Lo cual supone que la política impulsada por el FMI se rige por los mercados financieros, haciendo prevalecer la economía financiera sobre la economía real.

A pesar de estos inconvenientes, la globalización puede ser una fuerza benigna. Puede ayudar a generalizar el conocimiento y el intercambio de ideas, puede contribuir a la transmisión de concepciones sobre la democracia y promover una sociedad civil más justa; y puede beneficiar a los países que, sin confiar totalmente en la noción de un mercado autorregulado, reconozcan el papel que puede cumplir el Estado en el desarrollo, y que, en consecuencia, estén en condiciones de resolver sus propios problemas.

Más recientemente, Angus Deaton (2006) profesor de economía en la Universidad de Princeton y uno de los más destacados investigadores de las relaciones existentes entre crecimiento económico y salud, afirma que: “El crecimiento económico, por si mismo, no será suficiente para mejorar la salud de la población, al menos, en un periodo aceptable de tiempo”. La difusión de los beneficios de crecimiento económico que conducen a mejoras en salud de la población no es ni rápida ni automática, y cita como ejemplo los más de 50 años que llevó dicha transición en las ciudades industriales de Inglaterra en el siglo XIX.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud experimentó un proceso de redefinición, que sentó las bases para la posterior creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en el año 2004.

Los últimos años de la década de los 80 y el principio de los años 90 fueron testigos de un detrimento de la autoridad de la OMS en su papel de liderazgo de la salud global a favor del Banco Mundial. Esto fue motivado porque éste último disponía de recursos financieros mayores, y porque su modelo en política de salud, tal y como lo presentó en el informe de 1993 “Invirtiendo en Salud”, mostraba una gran coherencia con la ortodoxia política y económica reinante (World Bank, 1993). Bajo el término “Invirtiendo en salud” el informe expresa un doble significado: por un lado investigar para mejorar la salud, la productividad económica y la pobreza; y por otro lado invertir capital, de carácter principalmente privado, como camino para obtener un beneficio también privado en el sector de la salud. Abre de este modo la vía para la inversión privada en programas de carácter público.

A pesar de la erosión de su influencia sobre el contexto internacional, la OMS fiel al ideal de “Salud para todos”, continuó desarrollando iniciativas y trabajos progresistas, especialmente en Europa, relacionados con los determinantes sociales y medioambientales de salud.

Entre los años 1995 y 1998 la OMS impulsa una iniciativa importante sobre Equidad. Clair Mills (1998) en su informe “Equidad y salud: aspectos clave y papel de la OMS” considera que si bien la prestación de los servicios sanitarios es un elemento importante para alcanzar la equidad en salud, el esfuerzo mayor debe situarse en estrategias que acentúen la acción en los determinantes clave de la salud, como son la educación y nivel de ingresos y los entornos físicos y sociales. En este sentido, realiza una crítica al papel simplificado de la OMS al señalar que: “Muchas veces es más

seguro el aspirar a la equidad en el acceso a los servicios de salud que abogar por la equidad en otros determinantes que pueden ser mucho más sensibles desde un punto de vista político” (p. 10).

Asimismo, Mills señala la necesidad de una reforma estructural en el seno de dicho organismo, y que amplíe su ámbito de acción más allá de los gobiernos de cada país con los que preferentemente trabaja, ya que no siempre éstos últimos tienen interés por disminuir las desigualdades e incluso algunos pueden no contar con la necesaria legitimidad popular. Además muchos de los aspectos a solucionar pueden estar fuera del control de los gobiernos o requieren de la implicación de sectores privados y/o de la sociedad civil.

Propugna el papel de la OMS como el gran “defensor” de la salud a nivel internacional y cita como una responsabilidad suya la de unir a los diferentes grupos existentes en la lucha e investigación de las desigualdades en salud (investigadores, académicos, Organizaciones No Gubernamentales, entre otros) dentro de una red global para estimular el debate, compartir experiencias y aumentar la conciencia a nivel mundial sobre este tema.

Entre los años 1994 y 1997, la OMS patrocinó el Grupo de Trabajo de Salud y Desarrollo, dirigido por Brandford Taitt, encargado de la revisión de las políticas para el desarrollo global y sus implicaciones en salud, subrayando el efecto de las condiciones sociales en la salud y defendiendo que el impacto en salud entre las poblaciones vulnerables debería ser un criterio central de las opciones políticas para el desarrollo económico.

Este grupo de trabajo elaboró un documento base para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague (Dinamarca) en 1995, que expresa el profundo compromiso de la OMS con el desarrollo humano y reconoce que éste debe estar centrado en la persona y conducir a la mejora de su calidad de vida (siendo esta última inseparable del estado de salud). El documento planteó que los esfuerzos para promover el crecimiento económico deberían de “acompañarse de un acceso más justo a los beneficios del desarrollo, ya que las inequidades tienen consecuencias severas sobre la salud”. Y enfatizó que los temas de salud deberían de “dirigirse más eficientemente hacia la colaboración intersectorial” de cara a enfrentar riesgos como la pobreza, el desempleo, la discriminación de género y la exclusión social. En ese sentido, destaca la necesidad de profundizar en el papel de la familia, las redes sociales y los servicios de salud como elementos de apoyo del bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. La atención primaria de salud, con su enfoque basado en la comunidad, es considerada como un poderoso medio de integración social para fomentar la cohesión social.

En la última parte del documento, se establecen los indicadores relacionados con la salud que permiten medir el proceso de desarrollo y sus resultados, considerando cuatro grupos principales:

- Los indicadores relacionados directamente con la enfermedad: esto es, tipos de enfermedades, incidencia y ratios de morbilidad.

- Los indicadores relacionados con los factores de riesgo de salud: como pueden ser la obesidad, el bajo peso al nacer, las deficiencias proteicas, el consumo de alcohol y tabaco, niveles de colesterol en sangre, entre otros.
- Los indicadores relacionados con la mortalidad: como son la mortalidad infantil, y las muertes como resultado de accidentes de tráfico, violencia y otras causas.
- Los indicadores relacionados con procesos que contribuyen al desarrollo humano: calidad de los servicios de salud, acceso a los servicios de salud, educación, vivienda, agua y salubridad, entorno laboral, ingresos y poder adquisitivo.

Además, establece un listado de metas y objetivos que sirvan de referencia para medir el desarrollo social en general, y la reducción de la pobreza, las desigualdades, el desempleo y la exclusión social en particular (WHO, 1995).

Desgraciadamente, el impacto práctico de esta declaración no fue proporcional a la fortaleza moral de sus argumentos. Las recomendaciones presentadas por este grupo de trabajo no se acompañaron de los mecanismos necesarios para su implementación y seguimiento, y ni siquiera dentro de la propia OMS se previeron estructuras para hacer operativos sus hallazgos (Irwin y Scali, 2005).

No obstante, a mediados de los 90 la OMS intentó relanzar su lema de “Salud para todos” y lo hizo bajo el estandarte de “Salud para todos en el siglo XXI”. Este proceso de revitalización incluyó la promoción de la acción intersectorial como componente central de las estrategias de salud pública. Fruto de esta iniciativa en Acción Intersectorial en Salud, se celebró en el año 1997 una conferencia internacional en Halifax, Nueva Escocia (Canadá) y se reivindicó de nuevo el reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales y medioambientales sobre la salud y las dificultades que experimentan los países en desarrollo para actuar sobre ellos (WHO, 1997).

La llegada en el año 1998 de Gro Harlem Brundtland a la Dirección General de la OMS trajo consigo cambios significativos en la agenda internacional de la institución y devolvió a la OMS credibilidad dentro de los debates internacionales sobre salud. Las prioridades del equipo de Brundtland incluían una nueva iniciativa contra la malaria, una campaña global contra el tabaco y un replanteamiento del rol de los sistemas de salud.

En el área de Salud y Desarrollo se creó en el año 2000 la Comisión de Macroeconomía y Salud. Dicha comisión, bajo la presidencia del economista de la Universidad de Harvard, Jeffrey D. Sachs, abrazó el lenguaje de coste - beneficio reubicando el análisis de la salud en términos económicos de la inversión. Al situar la salud en el centro del desarrollo económico, se estableció que la salud no es sólo una consecuencia de éste, como se venía considerando hasta la fecha, sino un prerrequisito indispensable para el mismo.

De esta manera, la comisión entiende la salud como un “activo”, un componente de lo que los economistas definen como “capital humano”. Este activo que el individuo

posee tiene un valor “intrínseco” (estar sano es una fuente muy importante de bienestar), y también posee un valor “instrumental”. En términos instrumentales, la salud impacta en el crecimiento económico de muy diferentes maneras, como puede ser al reducir la pérdida de producción por enfermedad del trabajador, aumentar la productividad del adulto como consecuencia de una mejor alimentación y disminuir los índices de absentismo y mejorar el aprendizaje de los niños escolarizados (Mexican Commission on Macroeconomics and Health, 2004).

La comisión elaboró el informe “Macroeconomía y salud. Invirtiendo en salud para el desarrollo económico” que fue presentado en diciembre del 2001 ante la OMS. Con el argumento básico de que los problemas de salud entre los pobres generan costes muy elevados para la economía mundial llamó la atención de los responsables políticos. Se encargó de cuantificar en términos económicos el potencial de incrementar los recursos invertidos en salud y realizar una política pro – pobreza en los países de renta baja y media (WHO, 2003). De esta manera la comisión fue percibida como más realista y pragmática que otras iniciativas previas de la OMS, como el grupo de trabajo en Salud y Desarrollo.

Esta nueva perspectiva supuso el sacrificio de determinadas áreas de importancia dentro de la OMS de cara a promover la acción en determinantes sociales y recortó a la baja la ambición de Salud para todos en el siglo XXI. Los autores del informe, más interesados en buscar soluciones para la situación de las poblaciones más pobres de los países más desfavorecidos, con problemas de salud marcado por el azote de enfermedades infecciosas – SIDA, malaria y tuberculosis – restaron énfasis a otros determinantes sociales de la enfermedad, como son las jerarquías de clase, las desigualdades de ingresos y riqueza, el origen étnico y el racismo. Y aunque los autores se refieren a la salud como “un fin en sí mismo”, la focalización en la productividad económica debilitó la consideración de la salud como un derecho humano fundamental (Waitzkin, 2003).

En la actualidad, la mayor parte de las recomendaciones realizadas por la Comisión de Macroeconomía y Salud que pretendían salvar millones de vidas al final de la década actual, no se han trasladado a acciones políticas. Además, no investigó las repercusiones de un medio internacional cambiante y “globalizado” sobre la salud (si la apoya o debilita), ni cómo se puede dirigir su dinámica económica y geopolítica para mejorar la salud de la población (Labonte y Schrecker, 2007).

El conocimiento científico sobre los determinantes sociales de la salud progresó a medida que creció la preocupación por las desigualdades en salud entre los diferentes países y regiones dentro de un mismo país. Desde que a mediados de los años 90, Tarlov acuñó el término de “determinantes sociales de la salud”, su uso se fue generalizando a través de diferentes de publicaciones. Los investigadores se centraron en responder a preguntas del tipo:

- ¿Cómo se trasladan las condiciones sociales a experiencias individuales de salud?
- ¿Pueden la desigualdad económica y social *per se* comprometer el estatus de salud de todos los miembros de una sociedad?
- ¿Cuáles son los caminos de causalidad?

La respuesta a estas cuestiones no es sencilla. Los estudios epidemiológicos han evolucionado del establecimiento de relaciones de causalidad unívocas, como la que se produce entre el fumar y el desarrollo del cáncer, a relaciones más complejas de multicausalidad como por ejemplo la enfermedad cardiovascular y el riesgo atribuible a la población. Es por ello, que se requieren modelos integradores que ayuden a comprender las complejas redes de influencia y los patrones de morbilidad subyacentes en la salud de las poblaciones.

En este sentido, existen tres grupos de teorías propuestas desde la epidemiología social más reciente para explicar las desigualdades en salud a lo largo de la posición socioeconómica (Goldberg, Melchior, Leclerc y Lert, 2003; Solar e Irwin, 2007). Todas ellas buscan elucidar los principios capaces de producir las desigualdades en salud, si bien se diferencian en su respectivo énfasis en las condiciones biológicas y sociales que modelan la salud de la población, cómo integran las explicaciones sociales y biológicas y sus recomendaciones para la intervención (Krieger, 2001):

- El *modelo psico-social* parte del hecho de que la percepción y experiencia de estatus personal que la gente desarrolla en una sociedad desigual conduce a estrés y enfermedad. Esta escuela presenta sus orígenes en un estudio clásico de Cassel (1976), en el que consideraba que el estrés procedente del “entorno social” alteraba la susceptibilidad del huésped, y afectaba a su función neuroendocrina incrementando de esta manera la vulnerabilidad del organismo ante la enfermedad. Según esta teoría, la experiencia de vivir en lugares con desigualdades sociales o la discriminación basada en el lugar que uno ocupa en la jerarquía social, conlleva el que la gente compare de manera constante su estatus, sus pertenencias y otras circunstancias de su vida con otros, engendrando sentimientos de culpa y de poco valor en las personas en desventaja, asociado a un estrés crónico que debilita su salud. Este tipo de comparaciones conducen a la persona, en un intento de aliviar este tipo de sentimientos, a un exceso de consumo, a la búsqueda de un sobresueldo, y adoptar comportamientos de enfrentamiento, como el exceso de alimentación y el abuso del alcohol y tabaco que aumentan aún más el riesgo para la salud.

Trasladando esta situación al conjunto de la sociedad, se observa como las grandes desigualdades en ingresos y estatus social debilitan la cohesión social y rompen los vínculos sociales, lo cuál también es negativo para la salud.

Estos planteamientos han inspirado gran número de estudios que analizan la relación entre la percepción de desigualdad social, los mecanismos psicobiológicos y el estado de salud (Marmot, 2002; Siegrist y Marmot, 2004; Wilkinson y Pickett, 2006).

- El *modelo de producción social de enfermedad/economía política de salud* se basa en la premisa de que las prioridades capitalistas por acumular riqueza, poder, prestigio y bienes materiales se consigue al coste de aquellos en situación de desventaja (Krieger, 2001). Es un modelo que de manera explícita se centra en los determinantes económicos y políticos de la salud y la enfermedad. Los investigadores que adoptan esta aproximación teórica, también conocida a veces como materialista o neo-materialista, no niegan las consecuencias psicosociales negativas de la desigualdad en ingresos, sin embargo consideran que la

interpretación de los nexos de unión entre desigualdad económica y salud debe comenzar con el estudio de las causas estructurales de las mismas, y no centrarse en las percepciones de estas desigualdades.

Las desigualdades en ingresos hacen referencia no sólo al individuo, sino también al proceso económico y las decisiones políticas que privan de recursos a las personas y que dan forma a la infraestructura pública, (educación, servicios de salud, transporte, control medioambiental, acceso a los alimentos, calidad de la vivienda, regulaciones de salud ocupacional), y que configuran la nueva matriz material de la vida contemporánea. La desigualdad económica es una manifestación de un grupo de condiciones materiales que afectan a la salud poblacional.

La perspectiva neomaterialista dirige su atención tanto a los efectos de las condiciones materiales de vida sobre la salud individual (que predicen la posibilidad de problemas físicos - infecciones, malnutrición, enfermedad crónica y accidentes-, del desarrollo - afectación cognitiva, trastornos de la personalidad, desarrollo social -, educacionales - alteraciones del aprendizaje, abandono escolar, falta de escolarización - y sociales - socialización, vida familiar, preparación para el trabajo) como a los factores sociales (cómo una sociedad decide distribuir sus recursos entre sus ciudadanos) que determinan la calidad de los determinante sociales de la salud (Raphael, 2006).

- La *teoría ecosocial* analiza como los entornos sociales y físicos interactúan con la biología y cómo los individuos “incorporan” aspectos de los contextos en los que viven y trabajan (Krieger, 2001). El modelo ecológico toma aspectos de la teoría psicosocial y del modelo de producción social de enfermedad, pero va más allá de la simple suma de “biología” al “análisis social” o “los factores sociales” al “análisis biológico”, y prevé una aproximación más sistemática e integrada capaz de generar nuevas hipótesis. De esta manera Krieger (2001) sostiene que “es posible elucidar patrones de salud y enfermedad poblacionales, y de bienestar como expresiones biológicas de las relaciones sociales”, captando cómo las relaciones sociales influyen en la comprensión más simple de la biología y en la construcción social de la enfermedad. Esta teoría se apoya en el enfoque de “estilos de vida colectivos” y la teoría neoweberiana de que las elecciones en el estilo de vida están influidas por las oportunidades definidas a su vez, por el entorno en el que se vive (Cockerham, Ritten y Abel, 1997; Frohlich, Corin y Potvin, 2001).

Los investigadores conscientes de las implicaciones de largo alcance que sus estudios podrían tener sobre las políticas públicas, han dirigido sus esfuerzos a trasladar sus hallazgos científicos en este campo a un lenguaje divulgativo.

Es el caso de la obesidad cuya relevancia como problema de salud pública mundial ha sido bien documentado por numerosos estudios. Su prevalencia se ha incrementado de manera rápida en años recientes entre adultos y niños de los países desarrollados y en las áreas urbanas de los países en vías de desarrollo (Hedley, Ogden, Jhonson, Carroll, Curtin y Flegal, 2004; Prentice, 2006). Se trata de un factor de riesgo para numerosas e importantes causas de muerte, como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidente cerebrovascular y algunas formas de cáncer (Must, Spadano, Coakley, Field,

Colditz y Dietz, 1999). La obesidad se produce como consecuencia de una falta de equilibrio entre la entrada y el gasto de energía y se sabe que el sedentarismo y la mala alimentación son dos determinantes predictores su desarrollo. Además, diversas características del vecindario se relacionan con la obesidad, como son un alto nivel de inseguridad ciudadana que limita la actividad física de sus vecinos por miedo a salir a pasear por sus calles y es un elemento generador de estrés, y la escasa presencia de prestaciones relacionadas con la salud (farmacia, óptica, dentista) o con otro tipo de servicios que estimulen a la población a caminar de un servicio a otro sin hacer uso del coche (Stafford, Cummins, Ellaway, Sacker, Wiggins y Macintyre, 2007).

Durante la década de los 90 numerosos países realizaron el esfuerzo notable de trasladar los resultados de las investigaciones sobre la dimensión social de la salud a sus políticas de salud pública. Los avances más rápidos se centraron en los países con nivel de renta más alta. En Europa occidental pueden citarse como ejemplos a Suecia, que reorientó de manera drástica la salud pública hacia un enfoque social, y el Reino Unido, que con la llegada de un gobierno laborista en 1997 se propuso como meta el reducir las desigualdades en salud, difuminando las barreras tradicionales de responsabilidad entre las diferentes departamentos de gobierno (Acheson, Barker, Chambers, Gramham y Marmot, 1998). Además de en Europa, Australia, Canadá y Nueva Zelanda han liderado la investigación y acción política en la dimensión social de la salud.

Los países en vías de desarrollo también comenzaron a instaurar políticas que centraron su acción sobre los determinantes sociales, como es el caso de México, cuyo programa Progresha ha sido adoptado por otros países de su entorno. Lanzado en el año 1997 para la lucha a nivel nacional contra la pobreza en el ámbito rural y orientado a las familias más pobres y desprotegidas, el programa Progresha no es un programa convencional ya que basa su modo de acción en proporcionar a las familias incentivos económicos con el objetivo de que escolaricen a sus hijos y mejoren su nutrición. La recepción de estos incentivos por parte de las familias está condicionada a que éstas hagan uso de los servicios de salud, las madres asistan a las sesiones informativas sobre nutrición e higiene y los niños acudan al colegio. El programa se sustenta sobre la idea del reforzamiento mutuo y sinérgico de las mejoras en educación, salud y nutrición (acción intersectorial). El éxito del programa, que en el año 2002 modifica su nombre por el de Oportunidades, determina su extensión a las áreas urbanas gracias a una subvención concedida por el Banco para el Desarrollo Interamericano de un billón de dólares. Las claves de su éxito, mantenimiento en el tiempo y expansión, están sin lugar a dudas en la rigurosa evaluación externa que ha permitido su legitimidad y soporte a nivel político por parte de gobiernos de diferente ideología, plasmando a través de diferentes estudios los resultados con relación al uso de servicios de salud, mejoras en la salud de niños y adultos, mejoras en el nivel de escolarización y en los índices nutricionales de la población diana (Internacional Food Policy Research Institute, 2002).

1.2.9. PERIODO 2000-2010: CREACIÓN DE LA COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Hoy en día, la agenda global para el desarrollo está definida por los Objetivos del Milenio, adoptados en el año 2000 por los 189 países que formaron parte de la

Conferencia del Milenio de Naciones Unidas. Los ocho objetivos del milenio se plasman en indicadores referentes a:

- La reducción del hambre y la pobreza.
- La educación.
- El empoderamiento de la mujer.
- La salud infantil.
- La salud materna.
- El control de las enfermedades epidémicas.
- La protección medioambiental.
- El desarrollo de un sistema de mercado global justo.

Tres de los ocho objetivos del milenio están relacionados de forma directa con la salud (salud materno – infantil y control de enfermedades epidémicas). Nunca hasta este momento la salud había alcanzado un puesto tan alto en la agenda internacional para el desarrollo. Esto es fruto del quehacer de comisiones de trabajo anteriores de la OMS, como la de Macroeconomía y Salud, de los esfuerzos de presión desarrollados por las comunidades y grupos de la sociedad civil que consideran sus demandas en salud como un derecho y, finalmente, la toma de conciencia cada vez mayor de las desigualdades en salud entre y dentro de los diferentes países.

Si bien la década de los 90 estuvo caracterizada por una polarización de posturas frente al debate de la globalización, en la actualidad se encuentra un mayor consenso sobre la interdependencia global, y un incremento de la conciencia entre los países y las diferentes agencias y organismos internacionales de la necesidad de trabajar de manera conjunta y coordinada. Esta toma de conciencia sobre la interdependencia apunta a los objetivos del milenio como un acuerdo global sin precedentes entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo (United Nations Development Program, 2003).

Del 2000 al 2010, el papel promotor de la OMS evolucionó en su discurso sobre la equidad y las dimensiones sociales de la salud. En el año 2003, Lee Jong-Wook es elegido Director General de la OMS, cuyo estilo personal se caracterizó por ser un pragmático constructor de consenso. Bajo su dirección se relanzó el lema de Salud para todos, consciente de la validez actual de esta meta y de los principios básicos de la Atención Primaria de Salud, si bien reconoció la necesidad de adaptarlos al contexto actual (Lee, 2003).

En su intervención dentro de la 57 asamblea mundial de salud celebrada en el 2004, Lee anunció la intención de la OMS de crear una comisión global sobre determinantes en salud, de cara a avanzar en una agenda pro-equidad y fortalecer el apoyo de la organización a los estados miembro en la implementación de aproximaciones globales a los problemas de salud, incluyendo sus raíces sociales y medioambientales.

En marzo del 2005 se creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud, bajo la presidencia de Sir. Michael Marmot, Director del Instituto Internacional para la Sociedad y Salud y profesor investigador de Epidemiología y Salud Pública del University College de Londres. Entre sus objetivos principales se pueden citar:

- Apoyar el cambio de políticas en los países a través de la promoción de modelos e intervenciones que se centren de manera efectiva en los determinantes sociales de la salud.
- Apoyar a los países para situar la salud como un objetivo o meta compartida a la que pueden contribuir muchos de los departamentos del gobierno y sectores de la sociedad.
- Ayudar a la construcción de un movimiento global sostenible para actuar sobre la equidad en salud y los determinantes sociales, aunando las iniciativas de los gobiernos, las organizaciones internacionales, los institutos de investigación, la sociedad civil y las comunidades.

La composición de la comisión queda recogida en la tabla 4. Como se puede observar, está integrada por veinte comisionados, incluido su presidente, seleccionados entre líderes a nivel nacional o internacional de diferente procedencia (académicos, investigadores, miembros de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales implicados de manera activa en el desarrollo e implementación de políticas en salud). Todos ellos con una muy destacada trayectoria profesional aportan su experiencia, sabiduría, capacidad de liderazgo y contribuyen a la movilización de recursos humanos, financieros y apoyo político para el trabajo de la comisión.

La comisión estableció nueve “redes de conocimiento”: desarrollo infantil temprano, empleo y condiciones laborales, exclusión social, mujer y equidad de género, zonas urbanas, globalización, sistemas sanitarios, condiciones de salud de prioridad pública y una red de trabajo sobre mediciones y evidencia (WHO, 2007). Su objetivo fue el de recopilar, reunir y sintetizar una amplia gama de evidencia sobre:

- Relaciones causales posibles.
- Áreas clave donde se debería actuar.
- Prácticas e intervenciones eficaces para abordar las inequidades en salud determinadas socialmente en todo el mundo.

La intensa actividad desarrollada durante estos años, reflejada en la tabla 5 a través de sus reuniones, ha dado sus frutos en forma de informes finales que se han presentado a lo largo del año 2008. Esta fue la fecha de entrega marcada por Lee Jong-Wook buscando la coincidencia con el treinta aniversario de la declaración de Alma-Ata, y el sesenta aniversario de la constitución de la OMS.

Es el momento de difundir estos informes entre la comunidad científica internacional, y que se sometan al análisis y crítica por parte de la misma. El trabajo realizado es de gran relevancia, al posicionar la investigación e intervención sobre los determinantes sociales de la salud como un tema central en la agenda de salud de la OMS. Sin embargo, entre los retos que se han de afrontar en un futuro en relación a este tema, se podrían citar (Raphael, 2006):

- Favorecer los nexos de unión entre la evidencia científica disponible y su consideración dentro de las agendas políticas por parte de los diferentes países o naciones. Es significativo como incluso en algunos países que lideran el estudio

e investigación en este tema, como es Canadá, los determinantes de la salud siguen siendo un tema marginal en el desarrollo de políticas públicas orientadas hacia ellos. Esto puede justificarse en parte, por el predominio de la tradición biomédica y del énfasis en el estudio de los comportamientos relacionados con la salud dentro de la investigación en salud y el desarrollo de políticas de salud.

Tabla 4: Miembros de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

COMISIONADO	PAÍS	RESEÑA CURRICULAR
Michael Marmot	Reino Unido	Director del Instituto Internacional para la Sociedad y Salud y Director del Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Escuela Universitaria de Londres (UCL).
Frances Baum	Australia	Socióloga. Catedrática y Directora del Departamento de Salud Pública en la Universidad de Flinders.
Monique Bégin	Canadá	Socióloga y profesora de la Escuela de Administración de la Universidad de Ottawa.
Giovanni Berlinguer	Italia	Miembro del Parlamento Europeo. Miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO.
Mirai Chatterjee	India	Coordinadora de Seguridad Social para SEWA (Asociación de mujeres trabajadoras autónomas de la India).
William H. Foege	USA	Epidemiólogo. Catedrático Emérito, distinguido por la presidencia de Salud Internacional de la Universidad de Emory (Atlanta).
Yan Guo	China	Catedrática de Salud Pública y Vicepresidente del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Pekín.
Kiyoshi Kurokawa	Japón	Presidente del Consejo de Ciencias de Japón y de la Asociación del Pacífico de Ciencias. Profesor Adjunto del Centro de Investigación para la Ciencia y Tecnología de la Universidad de Tokio.
Ricardo Lagos Escobar	Chile	Economista y abogado de formación, ha sido presidente de Chile.
Stephen Lewis	Canadá	Enviado Especial de las Naciones Unidas para el HIV/SIDA en África.
Alireza Marandi	Irán	Catedrático de Pediatría en la Universidad Shaheed Beheshti.
Pascoal Mocumbi	Mozambique	Alto representante de EDCTP (European and Developing Countries Clinical Trials Partnership). Fue Primer Ministro de la república de Mozambique entre los años 1994 y 2004.
Ndioro Ndiaye	Senegal	Directora General Adjunta de la Organización Internacional para las Migraciones (IOM).
Charity Kaluki Ngilu	Kenia	Ministra de Salud de Kenia.
Hoda Rashad	Egipto	Directora y Profesora Investigadora del Centro de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Americana del Cairo. Miembro del Senado.
Amartya Sen	India	Catedrático de Economía y Filosofía de la Universidad de Harvard. Premio Nobel de Economía en 1998.
David Satcher	USA	Director del Centro de Excelencia para la Eliminación de Inequidades en Salud y de la Iniciativa del Instituto de Liderazgo en Salud de Satcher.
Anna Tibaijuka	Tanzania	Directora ejecutiva de UN-HABITAT, programa de Naciones Unidas para los asentamientos urbanos.
Denny Vågerö	Suecia	Catedrático de sociología médica y director de CHESS (Centro de Estudios sobre Equidad en Salud), instituto de investigación de la Universidad de Estocolmo y del Instituto Karolinska.
Gail Wilensky	USA	Doctor en economía por la Universidad de Michigan. Es el miembro de más antigüedad del Proyecto HOPE, plataforma para la educación sanitaria internacional.

El enfoque individualista hacia la prevención del riesgo a través del *screening* de los grupos de alto riesgo o el cambio de comportamientos negligentes a través de la educación da un escaso reconocimiento a que estos comportamientos están determinados socialmente. La que es posible denominar “la sagrada trinidad del riesgo”: tabaco, dieta y actividad física, recibe la mayor parte de la atención por parte de la salud pública y autoridades del gobierno.

- Un mayor reconocimiento de la influencia ejercida por las fuerzas sociales, económicas y políticas a un nivel macro, que definen la organización de las sociedades y la distribución de los recursos materiales, afectando a la calidad de los determinantes sociales que se consideran más inmediatos o cercanos sobre la salud de las personas (entorno familiar en la infancia, naturaleza y condiciones del trabajo, calidad y acceso a la vivienda,...), debe ir acompañado de un incremento de la investigación.
- Favorecer una mayor implantación del enfoque psicosocial entre los profesionales de la salud, incrementando la penetración de conceptos de la sociología, la economía política y los derechos humanos en las tradiciones de formación de las ciencias de la salud.
- Aumentar la penetración en los *mass media* (medios impresos, radio y televisión), en los que la información sobre la salud se centra mayoritariamente en investigación biomédica y factores de riesgo relacionados con los estilos de vida. Esto favorecería a su vez la mayor concienciación social de los ciudadanos en relación a este tema.

Tabla 5: Reuniones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

REUNIONES COMISIÓN	LUGAR Y FECHA DE CELEBRACIÓN
1ª	Santiago de Chile (Chile). Marzo 05
2ª	El Cairo (Egipto). Mayo 05
3ª	Ahmadabad (India). Septiembre 05
4ª	Teherán (Irán). Enero 06
5ª	Nairobi (Kenia). Junio 06
6ª	Rio de Janeiro (Brasil). Septiembre 06
7ª	Ginebra (Suiza). Enero 07
8ª	Vancouver (Canada). Junio 07
9ª	Beijing (China). Octubre 07

1.3. MODELOS TEÓRICOS SOBRE DETERMINANTES DE SALUD

Gracias a este largo proceso histórico, actualmente se puede decir que el estudio de los determinantes sociales “goza de buena salud” entre la comunidad científica. En los últimos veinte años, se han desarrollado diferentes modelos explicativos con el objetivo de entender su influencia en los resultados en salud y aportar una visión integradora de dicho proceso. Un modelo explicativo global sobre los determinantes sociales de salud debería alcanzar las siguientes metas (Solar e Irwin, 2005; Solar e Irwin, 2007):

- Aclarar los mecanismos por los que los determinantes sociales generan inequidades en salud.
- Mostrar cómo se relacionan los principales determinantes entre sí, presentando los enlaces existentes.
- Aportar un marco de trabajo para evaluar qué determinantes son más importantes a la hora de dirigir las acciones.
- Elaborar un mapa con los niveles de intervención específica y con los puntos de partida para la acción política en determinantes sociales en salud.

1.3.1. MODELO DE DAHLGREN Y WHITEHEAD (1992): Influencia en capas

El modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de la interacción entre diferentes niveles de condiciones causales, que dependen tanto del individuo, de la comunidad a la que pertenece, como de las políticas a nivel nacional (Gunning – Schepers, 1999).

Tal y como recoge la figura 1, el individuo ocupa una posición central en este modelo explicativo, puesto que su edad, sexo y los factores genéticos y hereditarios influyen de manera indudable sobre su potencial final de salud. En una visión desde el centro hacia la periferia de la figura, la siguiente capa está representada por los comportamientos individuales y los estilos de vida. Las personas en situación de desventaja tienden a presentar una mayor prevalencia de factores de riesgo individuales relacionados con sus hábitos o comportamientos, como es el caso de fumar o una dieta inadecuada, y también deberán afrontar barreras financieras mayores a la hora de adoptar un estilo de vida saludable.

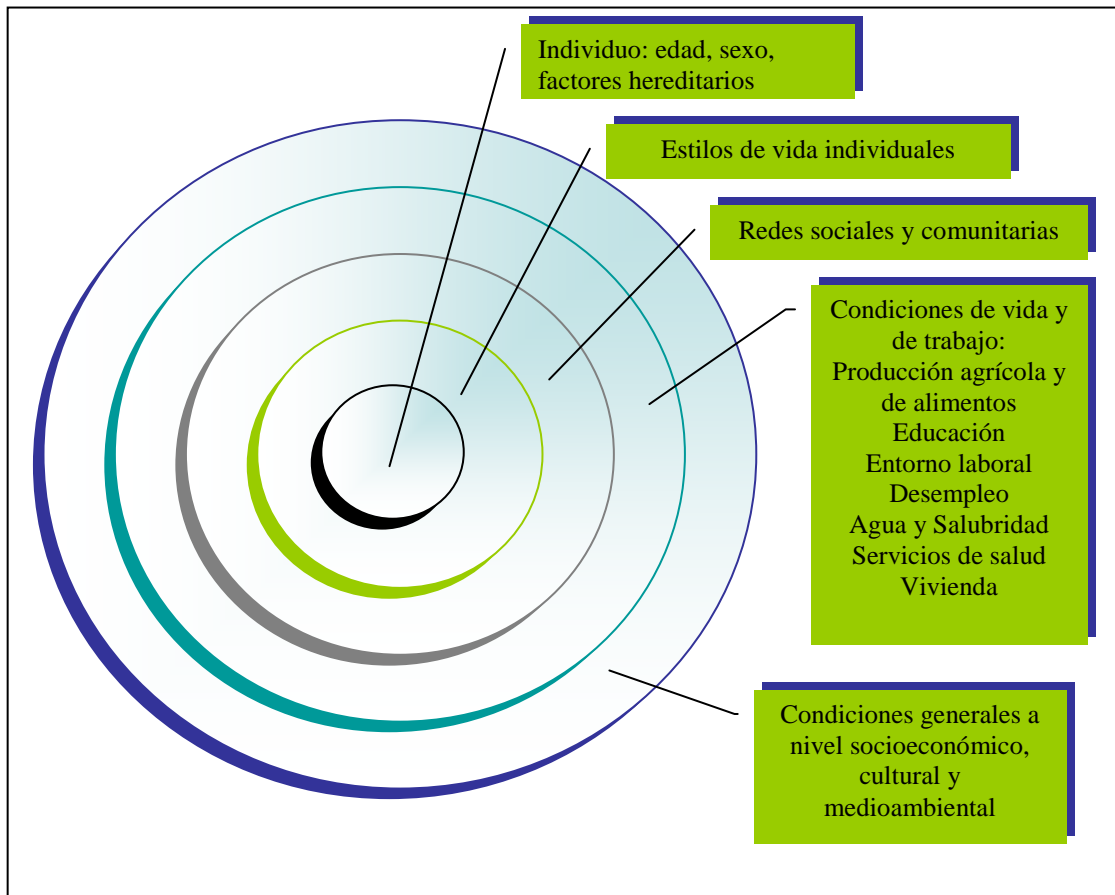
La tercera capa representa las redes sociales y comunitarias, que influyen de manera positiva o negativa sobre los comportamientos personales de la capa anterior. Las personas en situación de desventaja social disponen de menos redes y sistemas de apoyo social. Este aislamiento puede verse agravado en las sociedades que no disponen de servicios sociales y comunitarios ni de planes de seguridad para los más débiles.

En el siguiente nivel, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, la provisión de alimentos y el acceso a los servicios más esenciales (agua potable, servicios de salud, etc.). Las condiciones de infravivienda, la exposición a situaciones y contextos de trabajo peligroso o estresante, entre otros, crean riesgos diferenciales para las personas en situación de desventaja social.

Finalmente, aglutinan a los factores anteriores las condiciones económicas, culturales y medioambientales presentes en la sociedad. Aspectos como el estado económico y las condiciones de mercado de un país influyen sobre todas las capas subyacentes. El estándar de vida que se alcanza en una sociedad puede repercutir, por ejemplo, en la elección individual de una vivienda, el trabajo y las interacciones sociales, así como los hábitos de alimentación y de vida. De manera similar, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o actitudes dominantes

sobre comunidades de minoría étnica, afectarán también a su estándar de vida y a su posición socioeconómica.

Figura 1: Modelo de Dahlgreen y Whitehead (1992): Influencia en capas



1.3.2. MODELO DE DIDERICHSEN, EVANS Y WHITEHEAD (2001):

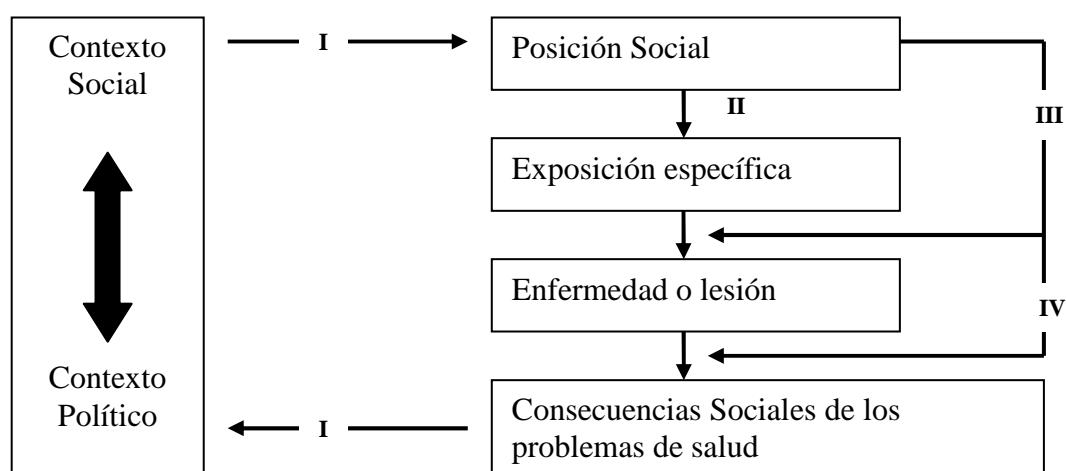
Estratificación social y producción social de la enfermedad

Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) identifican: “cuatro mecanismos principales que juegan un papel importante a la hora de generar desigualdades en salud: la estratificación social, la exposición diferencial, la vulnerabilidad diferencial y las consecuencias diferenciales” (p.14).

El modelo propuesto por estos autores, realizado a partir de las aportaciones previas realizadas por Diderichsen y Hallqvist (1998), enfatiza en cómo el contexto social genera la estratificación social y asigna a los individuos a diferentes posiciones sociales que, a su vez, determinan sus oportunidades en salud. La figura 2 ilustra este proceso de asignación. Entre los mecanismos centrales de una sociedad que ocasionan la distribución desigual de riqueza, poder y riesgo se encuentran el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas. Estos factores configuran el contexto social y político que influirá sobre posición social de un individuo (I). A su vez, la estratificación social genera una exposición desigual a

condiciones que dañan la salud (II) y una vulnerabilidad (III) diferenciales, así como, y por consiguiente, unas consecuencias sobre los problemas de salud también distintas entre los grupos mejor y peor situados en la escala social (IV). Estas “consecuencias sociales” se refieren al impacto que un problema de salud puede tener en las circunstancias socioeconómicas de un individuo o una familia. Se desarrolla así una “cadena de producción social”, que va de la estratificación social a una distribución no equitativa de los resultados de salud, y de ahí se regresa a una posición socioeconómica y de oportunidades condicionada por la “mala” salud de las personas.

Figura 2: Modelo de Diderichsen y cols (2001): Estratificación social y producción de la enfermedad



En relación con este modelo, para una mayor comprensión de los conceptos de exposición y vulnerabilidad diferencial, se hace necesario aclarar que la exposición a riesgos de salud de un individuo puede estar influida por su biología o por aspectos sociales, mientras que la vulnerabilidad siempre está determinada socialmente. La vulnerabilidad refleja la capacidad del individuo para evitar, responder, hacer frente y/o recobrarse de la exposición a un determinado riesgo. Por lo tanto, su habilidad para desviar o absorber las exposiciones generando diferentes resultados de salud y diferentes consecuencias sociales depende de un amplio rango de procesos sociales (Sen, Östlin y George, 2007).

Por ejemplo, la exposición a la hemofilia está determinada de manera biológica, sin embargo su vulnerabilidad está determinada por el acceso a unos adecuados servicios de salud. Los hemofílicos de los contextos más marginales son más vulnerables, tienen más complicaciones y peores índices de supervivencia que aquellos procedentes de contextos sociales más privilegiados (Soucie, Nuss, Evatt, Abdelhak, Cowan, Hill, Kolakoski y The Hemophilia Surveillance System Project Investigators, 2000).

1.3.3. MODELO DE MACKENBACH, VAN DE MHEEN Y STRONKS (1994): Selección y causalidad.

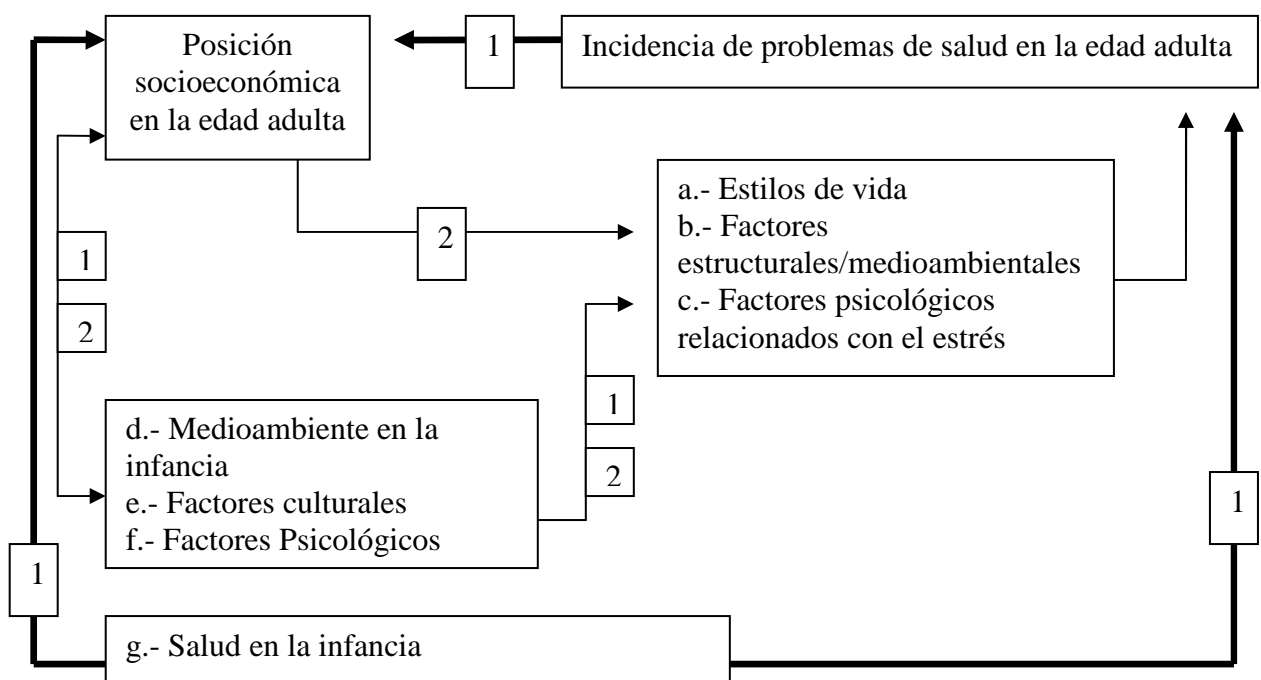
El modelo propuesto por Mackenbach explica los mecanismos por los que se generan las inequidades en salud, a través de los conceptos de selección y de causalidad (Mackenbach, Van de Mheen y Stronks, 1994).

El proceso de selección hace referencia a la acción o al efecto por el que las personas se asignan a una determinada posición socioeconómica en la edad adulta en función de los problemas de salud que presenten en la misma o que hayan presentado durante su infancia. Esta perspectiva implica que la salud determina la posición socioeconómica. Así, la primera infancia es un elemento crítico para el desarrollo cognitivo, emocional y físico de los individuos. Un niño sano y con buena salud tendrá mejores resultados académicos que a la larga le permitirán optar a un mejor puesto de trabajo, mejorar su nivel de ingresos económicos en la edad adulta y disfrutar de una mejor calidad de vida.

El proceso de causalidad hace referencia a cómo una posición socioeconómica determinada a su vez influye y tiene efecto (por lo tanto, es causa) sobre la incidencia de problemas de salud en la edad adulta. De esta manera, la posición social determina la salud a través de tres grupos de factores intermediarios: los estilos de vida (como puede ser el consumo de drogas, la realización de actividad física y mental), los factores estructurales o del entorno (como el barrio en el que se vive o el acceso a recursos sociosanitarios), y los factores psicosociales relacionados con el estrés (depresión).

La figura 3 explicativa de este modelo, representa con el número “1” el proceso de selección, y con un número “2” el de causalidad.

Figura 3: Modelo de Mackenbach y cols (1994): Selección y causalidad



Los factores derivados del entorno en la infancia, los factores culturales y los factores psicológicos incluidos en este modelo contribuyen a las desigualdades en salud tanto por el proceso de selección como por el proceso de causalidad. Por ejemplo, un entorno inadecuado en la infancia, vinculado a condiciones de infravivienda (con estufas de leña o carbón en espacios mal ventilados empleadas para cocinar o calentarse, exceso de humedad, hacinamiento) es causa de incremento de la prevalencia de las bronquiolitis infantiles y otros trastornos respiratorios en la infancia. A su vez, los niños que sufren enfermedades respiratorias infantiles desarrollarán con más probabilidad problemas respiratorios en la edad adulta (por ejemplo, asma bronquial o bronquitis) limitando sus posibilidades de proyección social (absentismo laboral, invalidez, destinar los recursos económicos disponibles al tratamiento de la enfermedad, estigmatización social) a través del proceso de selección.

1.3.4. MODELO DE MÚLTIPLES INFLUENCIAS A LO LARGO DE LA VIDA

En su origen este modelo pretendía conectar las perspectivas en salud clínica (curativa) y de salud pública (preventiva). Posteriormente se aplicó al proceso social subrayando cómo los factores sociales son causa de problemas de salud y contribuyen a las desigualdades en salud. Fue incluido de manera explícita en el Informe Achenson del Reino Unido (1998) con el objetivo de ilustrar cómo una exposición diferencial a riesgos para la salud, independientemente del tipo que sean, a lo largo de la vida de una persona conduce a desigualdades en salud (bienestar, morbilidad, mortalidad) de tipo socioeconómico.

Siguiendo este modelo, existen tres tipos de senderos o caminos fundamentales que conectan la estructura social con la salud y la enfermedad:

2. De tipo material, como pueden ser las condiciones de vivienda y de trabajo.
3. De tipo psicológico, como son el entorno social y el estrés.
4. Los relacionados con los comportamientos saludables (hábitos de vida).

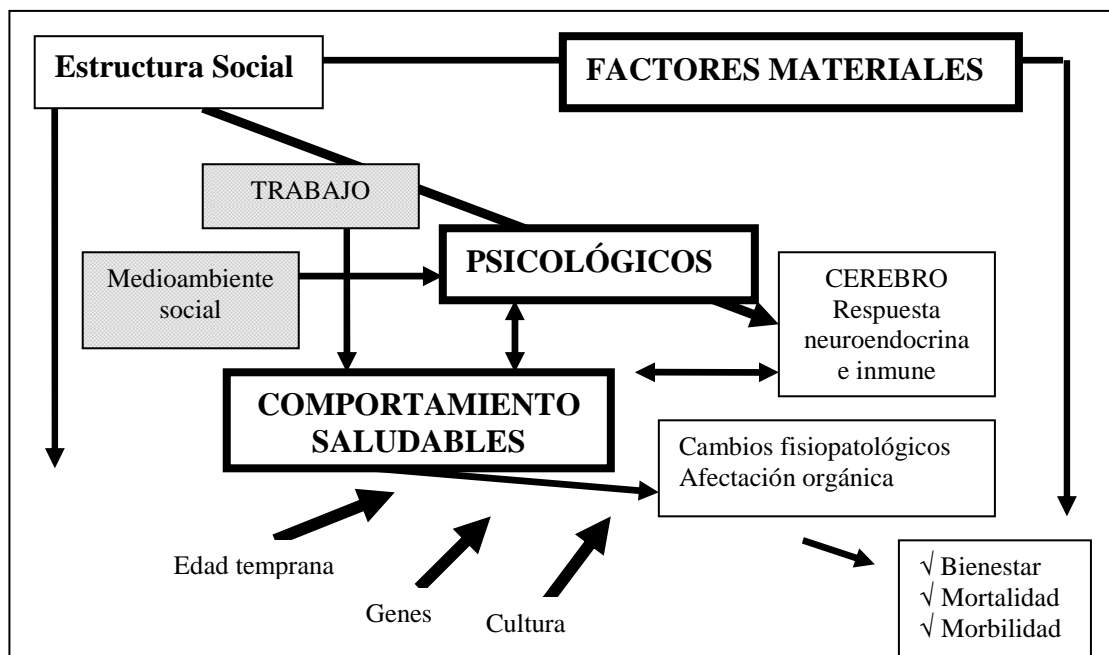
No obstante, el modelo reconoce la influencia destacada que ejercen la genética, la primera infancia y los factores culturales sobre la salud general de la población.

Los modelos que aportan este enfoque “a lo largo de la vida” parten de la base de que las desventajas materiales y medioambientales acumuladas durante la vida de una persona, y de manera particular durante la infancia, se asocian con una situación de mayor vulnerabilidad posterior (Benzeval, Dilnot, Judge y Taylor, 2000, citado en Kelly, Bonnefoy, Morgan y Florenzano, 2006). La idea central que subyace a esta premisa es que la salud en un momento dado refleja no sólo las condiciones contemporáneas, sino también las condiciones previas de vida (Kuh y Ben-Shlomo 1997). Por lo tanto, la salud es el resultado de los efectos acumulados de una gran variedad de factores sociales y biológicos que influirán sobre las personas en distintos periodos de su curso vital.

Ben-Sholomo y Kuh (2002) identifican dos mecanismos principales de actuación:

1. El modelo de “periodo crítico”, considerado cuando una exposición a un riesgo actúa durante un periodo concreto de tiempo pero tiene efectos duraderos o a largo plazo en la estructura o función de órganos y tejidos del cuerpo humano. Es lo que en ocasiones se denomina programación biológica o modelo de latencia. Esta concepción es la base de las hipótesis en el origen fetal de las enfermedades adultas. Por ejemplo, el bajo peso al nacer es un predictor fiable de la incidencia de la aparición de diabetes y de enfermedad cardiovascular en la edad adulta.
2. El modelo de “acumulación del riesgo” sugiere que los factores que incrementan el riesgo o promueven una buena salud pueden acumularse gradualmente a lo largo de la vida, aunque puede haber periodos del desarrollo cuando sus efectos tienen un mayor impacto en la salud posterior. Esta idea es complementaria a la noción de que cuando la intensidad, número y/o duración de las exposiciones se incrementa, hay también un daño acumulativo incrementado para los sistemas biológicos.

Figura 4: Modelo de múltiples influencias a lo largo de la vida



Los enfoques que comparten una visión longitudinal del ciclo vital defienden el desarrollo de políticas que prevengan una acumulación del riesgo en los momentos críticos de la vida, tanto desde un punto de vista biológico como social. Entre estos momentos críticos se pueden citar: el desarrollo prenatal, la transición entre la escuela primaria y la secundaria y la entrada y salida del mercado de trabajo. Todos ellos, dan mucha importancia a los sucesos acontecidos durante la infancia y a la prevención como estrategia interventora.

1.3.5. MODELO PROPUESTO POR LA COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA OMS (SOLAR E IRWIN, 2007)

A pesar de las valiosas aportaciones realizadas por los modelos referidos (causalidad versus selección, determinantes específicos, enfoque a lo largo de la vida), quedan muchos interrogantes por resolver. Algunos de estos modelos caen en el determinismo social al ignorar el efecto reversible de la salud en la posición socioeconómica. También se les ha criticado el hecho de que entre sus premisas los servicios de salud y los sistemas sanitarios raramente encuentran un lugar adecuado. Los modelos anteriores reflejan el debate sobre la salud pública que se inició con el objetivo de poner de relieve los factores no clínicos influyentes sobre la salud de los individuos y las poblaciones, y pretendían superar el predominio de un enfoque excesivamente biomédico centrado en los factores de riesgo y en la modificación de los comportamientos negligentes.

Por este motivo, en el año 2007 la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud de la OMS elaboró una propuesta marco que pretendía dar una respuesta global, tratando de integrar las diferentes aportaciones realizadas por modelos anteriores, con especial atención al modelo de producción social de la enfermedad de Diderichsen y cols (2001). El modelo se esquematiza en la figura 5.

El modelo adquiere complejidad en su intento de representar visualmente y de forma esquemática una realidad política y social intrincada, y al tratar de organizar en un marco global las principales categorías de determinantes sociales en salud. No obstante, los aspectos fundamentales que abarca el modelo se integran en dos ejes que se exponen a continuación:

- a) La importancia que concede el modelo al contexto sociopolítico.
- b) La diferenciación que realiza entre los principales determinantes sociales de la salud, clasificándolos en determinantes estructurales e intermediarios.

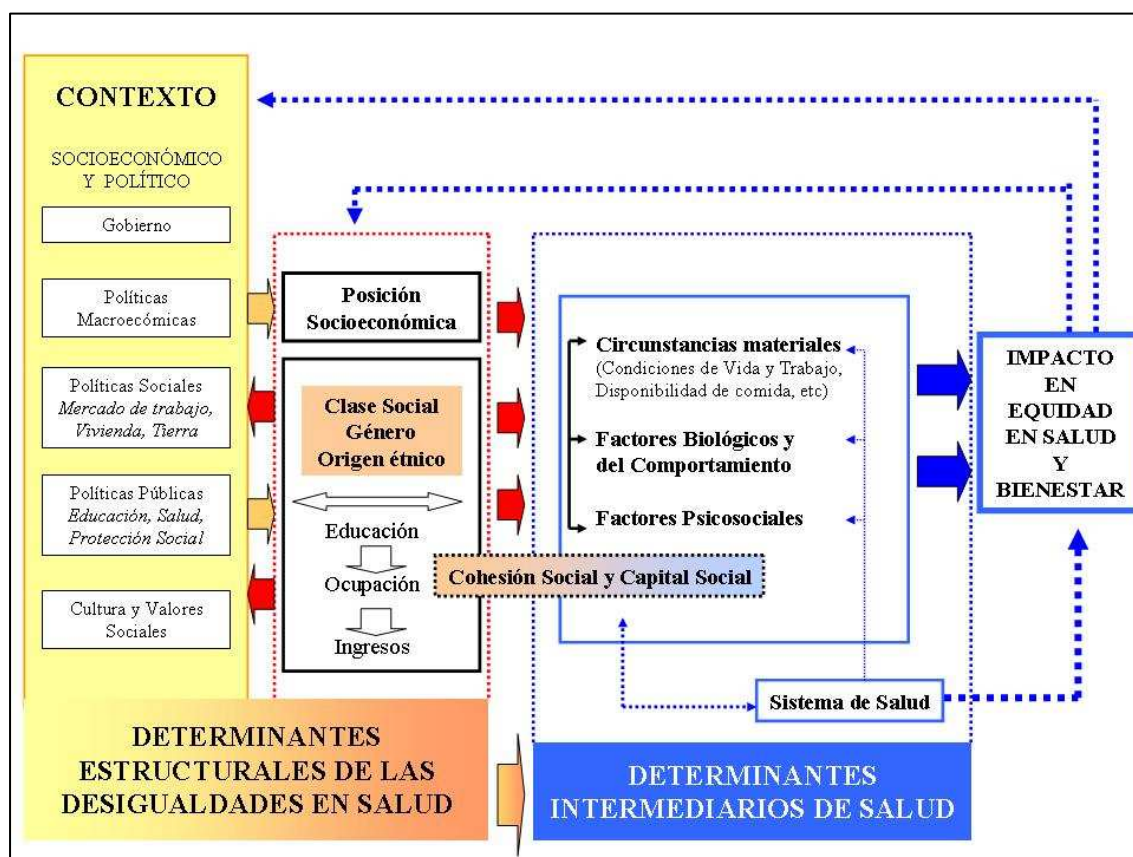
1.3.5.1.Contexto sociopolítico

Una de las características del modelo propuesto por la OMS, es la gran importancia que atribuye al contexto sociopolítico en la explicación de la salud. La definición de “contexto” engloba un amplio grupo de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social cuyo impacto en el individuo es difícil de cuantificar, pero que sin embargo ejercen una influencia muy poderosa en los patrones de estratificación social y por lo tanto, en las oportunidades de salud para la gente. En este sentido, dentro del contexto sociopolítico se encuentran aquellos mecanismos sociales que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre los que podemos englobar el mercado de trabajo, el sistema educativo, el estado de bienestar y las instituciones políticas (Solar e Irwin, 2005).

Los factores contextuales más relevantes, es decir, aquellos que juegan un papel decisivo para generar desigualdades, pueden diferir de un país a otro. Se puede ilustrar esto a través de ejemplos vinculados a la religión y al género. En la India, la religión supone un fuerte estratificador social. La estructura de castas hindú ejerce una opresión sobre las castas consideradas inferiores o intocables. La influencia del contexto es aquí

tan elevada, que incluso los intentos de salirse de esta estructura a través de la conversión a otra religión – budismo, islamismo o cristianismo – resultan difíciles. En el caso del género, en determinadas regiones las mujeres son vistas como meros objetos depositarios del honor del hombre y la familia. Las restricciones en su movilidad física, sexualidad y capacidad reproductiva son percibidas como naturales y en muchos casos, los códigos de conducta social y los sistemas legales condonan e incluso premian la violencia contra ellas. Ambos factores pueden llegar a “perjudicar seriamente” la salud de las personas que los sufren.

Figura 5: Modelo propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud



En general, la construcción o definición del contexto debería incluir al menos seis puntos (Solar e Irwin, 2007):

- El gobierno, entendido en un sentido amplio, incluyendo la definición de necesidades, los patrones de discriminación, la participación de la sociedad civil y la transparencia/responsabilidad en la administración pública.
- Las políticas macroeconómicas, incluyendo las políticas fiscales, monetarias y de mercado y las estructuras subyacentes del mercado de trabajo.
- Las políticas sociales que afecten a elementos como el trabajo, el bienestar social, la vivienda y la distribución de la tierra.
- Las políticas públicas en otras áreas de importancia como son la educación, sanidad y la salubridad de las aguas.

- Los valores culturales y sociales.
- Las condiciones epidemiológicas, especialmente en el caso de la presencia de epidemias importantes como el VIH/SIDA, ejerciendo una poderosa influencia en las estructuras sociales.

Cada vez más, el proceso de globalización determina el desarrollo sociopolítico de los países. A menudo esta interdependencia limita su autonomía y debilita su capacidad de actuación, y también influye en los determinantes de salud. Por este motivo, la globalización podría integrarse como un factor con implicaciones en todos los componentes del modelo y convertirse en un macro determinante social de la salud. Los aspectos más relevantes de la globalización como determinante de la salud se relacionan con las políticas de liberalización de mercado (véase punto 1.2.7. el contexto político – económico de los 80: el neoliberalismo, página 26). Un ejemplo claro lo constituye la promoción global de marcas como Coca-Cola o McDonal's que, además de ser un fenómeno económico y cultural, contribuye a la “producción global de dieta” generando un incremento rápido de la obesidad con sus consecuencias para la salud en países en desarrollo.

Globalidad y localidad constituyen las dos caras de una misma moneda. Baum (2007) en su artículo “Rompiendo la nuez de la equidad en salud” habla del efecto “cascanueces” al señalar la necesidad de combinar la fuerza ejercida desde la parte superior (políticas de gobierno) y desde la parte inferior (acciones comunitarias) del cascanueces. La sincronía y complementariedad de estas dos fuerzas es imprescindible para romper la fuerte cáscara que atesora la equidad en salud. La intervención sobre determinantes sociales requiere de una comprensión de los contextos locales y sus circunstancias, la valoración detallada de la población particular a la que la intervención va dirigida y una implicación y compromiso de la comunidad. Sólo de esta manera será posible guiar y matizar las intervenciones de manera apropiada a las necesidades de un determinado sistema social.

1.3.5.2. Determinantes sociales estructurales e intermediarios

El contexto social y político favorece la estratificación social de colectivos en función de su nivel de ingresos, educación, el estatus profesional, el género, la raza/etnicidad, y otros factores. Los mecanismos que generan esta estratificación social pueden definirse como los determinantes estructurales de la salud, y configuran las oportunidades de salud de los grupos sociales, basándose en su situación con relación a las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos de todo tipo.

Por lo tanto, los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación social y que definen la posición socioeconómica individual, e incluyen los factores tradicionales de nivel de renta, educación y ocupación. En la actualidad, se considera que el género y la raza/etnicidad son también estratificadores sociales.

La Comisión sobre Determinantes Sociales conceptualiza estos determinantes estructurales, junto con el contexto sociopolítico, como los determinantes sociales de las desigualdades en salud.

En el caso de la educación, existen múltiples ejemplos que ponen de manifiesto su influencia sobre la salud de la población, independientemente de la riqueza del país. En el caso de Suecia, se observa que los hombres o mujeres con grado de doctor tienen ratios de mortalidad inferiores a los que tienen el grado de master, pero éstos a su vez lo tienen menor que aquellos con un grado de bachiller (Erikson, 2001). En Chile, la esperanza de vida de las mujeres calculada a la edad de 20 años, pasa de los 60 años en el caso de las que han tenido entre 1 y 8 años de escolarización, a los 72 años para aquellas que hayan estudiado 13 años o más (Vega, Hollstein, Delgado, Pérez, Carrasco, Marshall, Yach, 2001). En la República Checa se ha encontrado una clara relación inversa entre la educación y el riesgo de infarto de miocardio: cuanto mayor sea el nivel de instrucción, menor será el riesgo (Bobak, Skodova, Hertzman y Marmot, 2000).

La posición socioeconómica definida por la estratificación afecta a la salud del individuo. Debido a su estatus social experimenta una determinada exposición y vulnerabilidad frente a los factores que comprometen su salud. De este modo, la salud depende tanto de factores estructurales (que definen la clase social) como de factores intermediarios (que incluyen las condiciones materiales, como son las características de la vivienda y trabajo, los estresantes psicosociales y también los factores relacionados con los hábitos individuales, como es el caso del hábito tabáquico, y las barreras para la adopción de estilos de vida saludables).

Los determinantes intermediarios derivan de la configuración subyacente de estratificación social y, a su vez, determinan diferencias en la exposición y vulnerabilidad a condiciones que comprometen la salud. Las principales categorías de determinantes intermediarios son las circunstancias materiales y psicosociales, los factores biológicos y de comportamiento y el sistema de salud.

El modelo propuesto por la OMS asume que las personas que pertenecen a los grupos socioeconómicos más bajos viven en unas condiciones materiales menos favorables que los pertenecientes a estratos socioeconómicos más altos, y que la gente situada en la parte más baja de la escala social, adopta con más frecuencia hábitos individuales perjudiciales para su salud y con menos frecuencia hábitos saludables para promover la salud en comparación con los grupos más privilegiados.

Un elemento distintivo de este modelo es la incorporación explícita del sistema sanitario. Las desigualdades socioeconómicas en salud pueden explicarse parcialmente por el efecto *feedback* o retroalimentación de la salud en la posición socioeconómica. Un claro ejemplo es la caída en los ingresos o nivel de renta que experimenta una persona cuando sufre una discapacidad provocada por el trabajo (ej. una silicosis en los trabajadores de la minería). Además, las personas que sufren una salud pobre generalmente tienden a descender dentro de la “escalera social” y muy raramente a subir en ella. Este planteamiento implica que el sistema sanitario puede ser considerado en sí mismo como un determinante de salud. El papel relevante de sistema sanitario en este modelo queda reflejado a través de varias vías (Gilson, Doherty, Loewerson y Francis, 2007):

- La influencia que tiene sobre la exposición y vulnerabilidad del individuo a situaciones dañinas para su salud, a través del acceso equitativo a los servicios

sanitarios, estrechamente relacionado con la organización de la prestación de servicios sanitarios personales y no personales, y a través de la promoción de acciones intersectoriales para mejorar el estatus de salud, como puede ser el dar suplementos de comida a través del sistema sanitario o coordinar el transporte para superar las barreras de acceso geográficas.

- La mediación que puede desarrollar con los programas de asistencia social para compensar las consecuencias de la enfermedad y discapacidad sobre la vida de las personas. El sistema sanitario aseguraría que los problemas de salud no condujesen a un mayor deterioro del estatus social de la persona y facilitaría la integración de la persona enferma o con discapacidad en la sociedad. Ejemplos de estas actuaciones serían los programas orientados al desarrollo de modelos apropiados de financiación para que nadie se vea abocado a una pérdida de recursos debido a la necesidad de costearse los servicios sanitarios requeridos para solventar sus problemas de salud, como por ejemplo del dentista, el fisioterapeuta, los productos ortopédicos, etc.

Consecuentemente, el sistema sanitario ha de desempeñar un papel clave y fundamental a la hora de promover y coordinar las políticas en determinantes sociales (coordinar la acción intersectorial). Es decir, el sistema sanitario no se ha de conformar con asegurar un acceso equitativo a los servicios sanitarios, sino que también se ha de preocupar de desarrollar programas de salud pública y de involucrar a otros estamentos políticos para mejorar la salud de las comunidades más desfavorecidas.

Finalmente, cabe señalar el lugar que ocupan el capital social y la cohesión social dentro del modelo propuesto por la OMS. Putnam (2001) plantea que ambos son en definitiva, el resultado de la existencia de una red de relaciones y organizaciones comunitarias, elevados niveles de participación y compromiso cívico, un sentido positivo de identidad, la pertenencia y la solidaridad compartida, y las normas generalizadas a favor del apoyo y del altruismo (Calloway y Nadkicki, 2000). El debate que rodea a estos conceptos en relación a si se deben de considerar como una propiedad de los individuos, de los grupos, de las redes o las comunidades, y donde deberían ubicarse con respecto a otras características del orden social, determinan la dificultad de situarlos de manera definitiva como determinantes estructurales o intermediarios de la salud. Es por ello que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud opta por considerarlos más como elementos transversales a las dos dimensiones, con características que los vinculan a ambas.

1.4. DETERMINANTES SOCIALES DE MAYOR RELEVANCIA PARA LA SALUD

En el apartado anterior se ha constatado la multiplicidad y diversidad de factores sociales que influyen sobre la salud. No obstante, no todos contribuyen de la misma manera al mantenimiento de las distancias en salud existentes entre los diferentes grupos sociales. Tal es así que es posible promover políticas que mejoren la media de los indicadores en salud, sin que se recorten ni se alteren las disparidades en salud existentes entre los grupos sociales más privilegiados y los menos. Interesa al sistema sanitario su priorización en aras de una intervención en salud más eficaz y democrática.

Los principales determinantes evidenciados por la literatura científica coinciden con los de tipo socioeconómico (educación, ocupación e ingresos), y los relacionados directamente con el género, la etnicidad y el lugar de residencia (Kelly y cols, 2006). Otros determinantes de relevancia son: la exclusión social, el apoyo social, el estrés, los comportamientos relacionados con los estilos de vida (alimentación y adicciones), y los servicios de salud.

1.4.1. GÉNERO

La literatura científica establece las diferencias de sexo en base a las características fisiológicas, anatómicas, genéticas, hormonales, etc. distintivas. La categoría género hace referencia a la construcción y representación social que se basa en dicha diversidad y que legitima diferencias de estatus, roles y valores.

El garantizar la equidad en salud desde la perspectiva de género y el desarrollo de los derechos de la mujer a nivel sanitario es una de las vías más directas y de mayor impacto a la hora de reducir las desigualdades existentes en salud entre hombre y mujer y asegurar un uso más efectivo de los recursos sanitarios (Sen y cols, 2007).

Que las mujeres tienen una salud diferente a los hombres se constata en diferentes indicadores de salud. Las mujeres en general tienen una esperanza de vida superior en todas las edades; sin embargo, este potencial de las mujeres para vivir más rara vez se traduce en que se sientan mejor o más sanas que los hombres a lo largo de su vida (Östlin, George y Sen, 2001). Es lo que Danielsson y Lindberg denominan la “paradoja del género” (2001).

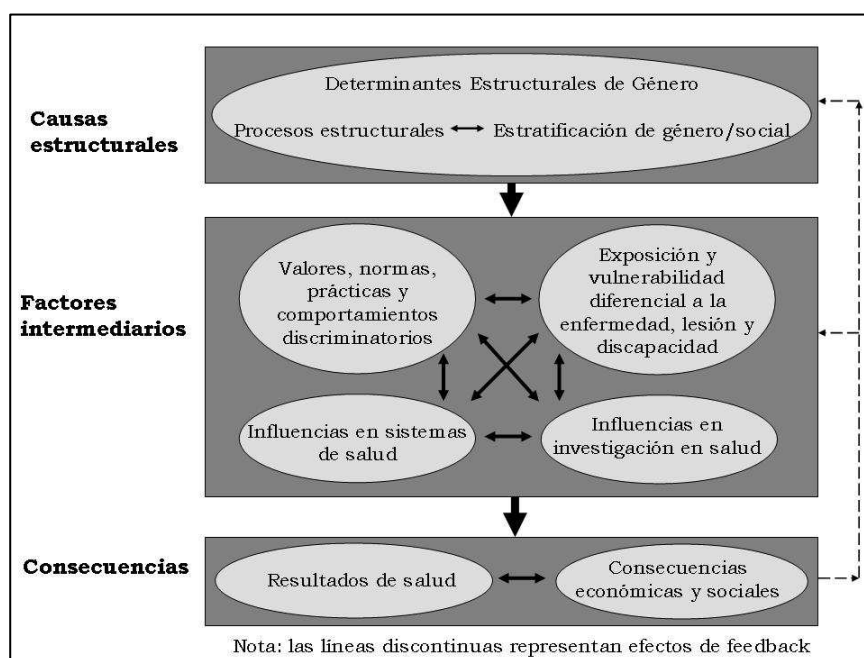
Las mujeres tienen peor salud que el hombre en áreas tan diversas, como son las relacionadas con la salud reproductiva (maternidad, infecciones y cánceres), con la salud mental (depresión, insomnio, trastornos obsesivos compulsivos), con el envejecimiento (Alzheimer y otras demencias), la salud visual (glaucoma, cataratas, etc.) y los desordenes del aparato locomotor (artritis reumatoide, osteoartritis, esclerosis múltiple, etc.). Por el contrario, los hombres tienen peores resultados en aquellos trastornos vinculados a comportamientos de riesgo en el consumo (gota, cáncer de pulmón, orofaríngeo, de esófago, hepático, de estómago, cardiopatía isquémica, úlcera péptica), enfermedades infecciosas (hepatitis B, tuberculosis, lepra, entre otras) y lesiones o muertes vinculadas a caídas, ahogo o accidentes de tráfico, a lo que se puede sumar las pérdidas ocasionadas por situaciones de extrema violencia, como guerras.

Algunas de estas diferencias están definidas por la biología, es decir, determinadas por las características anatómicas y fisiológicas establecidas por los cromosomas XX para la mujer y XY para el hombre (como es caso de la salud reproductiva). Otras son el resultado de cómo las sociedades socializan a los hombres y a las mujeres dentro de unos roles de género, sostenidos por normas sobre la masculinidad y la feminidad, y relaciones de poder que dan privilegios a los hombres y que van a afectar de manera negativa no sólo a la salud de las mujeres, sino también a la salud de los hombres. Es en este sentido, que el género actúa como un potente estratificador social que sitúa a la mujer en posiciones subordinadas frente al hombre, estableciendo un sistema o jerarquía de poder.

Las diferencias biológicas son importantes, pero no determinan los resultados de salud por sí solas. Muchas condiciones de salud resultan de la combinación de las diferencias biológicas y de los determinantes sociales influidos por el género, que suponen una exposición y una vulnerabilidad diferenciales de la mujer, y el hombre, a los riesgos de salud.

En un esfuerzo por sintetizar la complejidad de este tema y aclarar los mecanismos por los que los determinantes estructurales del género producen unos resultados en salud diferenciales a través de varios factores intermediarios, la red de conocimiento de equidad de género y mujer de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS desarrolla un modelo teórico, esquematizado en la figura 6 (Sen y cols, 2007).

Figura 6: Marco para el rol de género como un determinante social de la salud



Fuente: Sen y cols. (2007)

En nuestra cultura se espera que el hombre sea fuerte, agresivo, demuestre autoridad, esté preparado para la independencia y no exprese preocupación por su cuerpo. Esto le lleva al desarrollo de prácticas de riesgo, como son el consumo de drogas, el sexo no seguro y la conducción temeraria, que son maneras de reafirmar su "hombría". Esta noción de "hombría" aumenta su vulnerabilidad a lesiones y otros riesgos para la salud, que no sólo sufren los hombres sino también las mujeres.

De la mujer por el contrario se espera que sea sumisa y dependiente, impidiendo el propio desarrollo de sus capacidades y habilidades, que se sacrifique en pro del bien familiar y comunitario, y que se haga cargo de las tareas domésticas y el cuidado de los niños y mayores. Esto sitúa a las mujeres en un mayor riesgo de padecer determinados trastornos como es el caso de la depresión. La mujer duplica al hombre en probabilidad de ser diagnosticada de este trastorno (Bhugra y Mastrogianni, 2004; Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers y Murray, 2004).

La violencia contra la mujer es otra consecuencia del comportamiento machista y el arquetipo de una relación desigual de poder entre hombres y mujeres (García- Moreno, 2002). Esta violencia se puede presentar de diferentes maneras: violencia doméstica, tráfico de mujeres y formas vinculadas a tradiciones específicas de países concretos, como el aborto selectivo, el infanticidio femenino, la violación en guerras, muertes relacionadas con la dote, la mutilación genital femenina y los asesinatos de honor.

Menos visibles quizás resulten las consecuencias de la desigualdad de género sobre la prestación sanitaria y la investigación en salud. Por ejemplo, existen cierto tipo de trastornos que afectan a la mujer, como puede ser el dolor crónico o determinadas infecciones ginecológicas, que al ser tan prevalentes los profesionales sanitarios, e incluso las propias mujeres, las tratan como normales llegando incluso a ignorarlas (Iyer, 2005, citado en Sen y cols, 2007).

Esto es un reflejo de que los sistemas de salud no son capaces de prestar atención sanitaria básica garantizando la equidad de género. Las causas podrían estar relacionadas con:

- La existencia de una atención insuficiente hacia las necesidades diferenciales de los hombres y mujeres a la hora de planificar y prestar atención sanitaria.
- El hecho de que el acceso equitativo a los servicios de salud está fuertemente influido por las desigualdades de género en la sociedad, que a su vez determinan el reconocimiento adecuado de las necesidades de salud de la mujer, y si las familias están dispuestas a invertir por igual en la salud de las mujeres y niñas.

En el caso de la investigación en salud, los desequilibrios incluyen las siguientes dimensiones:

- a) Lento reconocimiento de los problemas de salud que afectan de manera particular a las mujeres, que se traduce por ejemplo en falta de investigación sobre enfermedades crónicas no mortales, como es el caso de la fibromialgia y el síndrome de la fatiga crónica (Doya, 1995).
- b) Aproximaciones equívocas o parciales a las necesidades de salud del hombre y la mujer, como es el hecho de la falta de atención a los problemas de la salud reproductiva del hombre por exposición laboral, al existir el estereotipo de género de la reproducción como un dominio exclusivamente femenino (Varga, 2001, Wang, 2000, citados en Sen y cols 2007).
- c) La falta de atención a la interacción entre género y otros estratificadores sociales, como la clase socioeconómica, la raza/etnicidad o la orientación sexual. Al igual que sucede con la comorbilidad, las interacciones causales entre estos elementos hacen los problemas más complejos y requieren consecuentemente de esfuerzos de investigación más intensivos. Un ejemplo positivo se encuentra en el área del SIDA en el que hay un reconocimiento relativamente temprano de que las mujeres son especialmente vulnerables a la infección y enfermedad debido a desigualdades de poder de género, a menudo relacionadas con desigualdades económicas entre hombres y mujeres (Weiss, 2000; Smith, 2002; Turner, 2003, citados en Sen y cols, 2007).

1.4.2. ESTRATIFICACIÓN SOCIAL: EDUCACIÓN, INGRESOS Y OCUPACIÓN

1.4.2.1. Educación.

Garantizar un acceso equitativo a la educación es de gran importancia para la salud de las sociedades, ya que como se planteó anteriormente el nivel de instrucción escolar se refleja en los índices de morbilidad y mortalidad de las poblaciones.

Aunque la educación es utilizada a menudo como una medida genérica de la posición socioeconómica, interpretaciones específicas explican su asociación con los resultados en salud (Solar e Irwin, 2007):

- La educación integra la transición de la posición socioeconómica de los padres (recibida) a la posición socioeconómica del adulto (propia), siendo también un fuerte determinante de empleo e ingresos futuros. Refleja los recursos materiales e intelectuales de la familia de origen, comienza a edades tempranas, está influenciada por el acceso y el desarrollo de la escolarización primaria y secundaria y se proyecta hasta el inicio de la madurez. Por lo tanto, presenta una amplia influencia y a largo plazo sobre el ciclo vital de las personas.
- El conocimiento y las habilidades que se aprenden a través de la educación pueden afectar a las funciones cognitivas de las personas, haciéndolas más receptivas a los mensajes de educación para la salud, o más capaces de comunicarse con o acceder a los servicios de salud.
- La enfermedad en la infancia podría generar absentismo escolar y predisponer a la enfermedad del adulto, generando un proceso de selección que influye en las desigualdades en salud.

A la hora de analizar este determinante, es importante el considerar su naturaleza interactiva con otros factores como son el nivel de ingresos y la ocupación, el género y la edad.

Una familia con un nivel alto de ingresos puede asegurar para sus hijos un nivel elevado de formación, lo cuál repercutirá en su futuro nivel de ingresos cuando sea adulto.

El género afecta, en un primer momento, al grado de educación alcanzado, con un mayor porcentaje de hombres alcanzando los niveles formativos superiores. Esta realidad también es interactiva con el ingreso, ya que a igual formación, a las mujeres se les remunera menos que sus compañeros varones. Grown, Rao – Gupta y Pande (2005) sostienen que la educación secundaria de las niñas retrasa su edad de matrimonio e incrementa las opciones de la mujer para manejar su fertilidad. De esta manera se forman familias más pequeñas y sostenibles, lo que permite mejorar la atención material de los niños, incluyendo su alimentación y éxito escolar así como reduce la vulnerabilidad al SIDA. El nivel educativo alcanzado es particularmente relevante en países en desarrollo en los que los recursos o la accesibilidad a los servicios sanitarios son bajos. En estos casos, la educación secundaria o superior será la vía que permita a la mujer superar los obstáculos para su salud.

En el caso de la edad, se espera que las poblaciones más jóvenes eleven el nivel de educación frente a sus mayores. No obstante, se da la paradoja de que mientras que el valor absoluto de la educación se incrementa, su valor relativo disminuye, esto es, las nuevas generaciones necesitan de mayor nivel formativo para el desarrollo de ocupaciones que antes no lo requerían. Esto revela la naturaleza social y dinámica de la educación (Kelly y cols, 2006).

1.4.2.2. Ingresos.

El nivel de ingresos actúa sobre los demás determinantes sociales de salud de una población, de tal manera que aquellos sujetos de bajos recursos son más propensos a tener un estado de salud deteriorado en comparación con los de ingresos más elevados. Algunos de los mecanismos a través de los que se produce la influencia de los ingresos en la salud individual son (Solar e Irwin, 2007):

- La disponibilidad de recursos materiales de mayor calidad, como son la comida y el alojamiento.
- El acceso a servicios que podrían mejorar la salud de manera directa (servicios de salud, actividades de ocio y tiempo libre) o indirecta (la educación).
- La asociación entre autoestima y posición social, al disponer de las características materiales de apariencia relevantes para la participación en sociedad.
- El proceso de selección (o causalidad inversa) en salud podría también considerarse, ya que el nivel de ingresos podría verse afectado por el estado de salud.

El crecimiento de un país no tiene porque redundar en una mejora de los indicadores de salud de una población, si este incremento se produce a la par que una disparidad entre los sueldos netos de los más ricos y los más pobres, sin que la población con menos recursos alcance a beneficiarse del crecimiento económico.

Al comparar los indicadores de salud de dos países como Estados Unidos y España y según datos del informe 2007/08 del Desarrollo Humano referidos al año 2005, es posible observar que Estados Unidos tiene un Producto Interior Bruto per cápita de 41,890 dólares americanos, frente a los 27,169 de España (United Nations Development Program, 2007). Sin embargo, su Índice de Desarrollo Humano es de 0,951, sólo 2 milésimas superior al de España, lo que sitúa a Estados Unidos únicamente un puesto por delante de España en el ranking mundial de desarrollo humano en el que se valoran 177 países (Estados Unidos puesto número 12, España número 13). El Índice de Desarrollo Humano es utilizado desde el año 1990 con el objetivo de ampliar la definición de bienestar de un país más allá de su nivel de riqueza económica. En su cálculo se combinan diferentes índices como son la esperanza de vida, el nivel educativo de su población y su poder adquisitivo. Estados Unidos, que en Producto Interior Bruto per cápita se sitúa en segundo puesto a nivel mundial, únicamente sobrepasado por Luxemburgo, tiene peores indicadores que España en esperanza de

vida (77,9 años frente a los 80,5 españoles) y de alfabetización (93,3% frente a los 98% españoles). Si se considera el gasto en salud que realiza cada uno de estos países, con datos procedentes del informe mundial de salud de la OMS (WHO, 2006), Estados Unidos gasta más en salud (un 15,2 % del producto interior bruto, frente al 7,7% español) y no obtiene mejores resultados que España.

Una explicación a estos datos reside en que el efecto del crecimiento económico sobre la población, en términos de renta y de salud, tendrá una repercusión mucho más amplificadora si se produce a la par que el “empoderamiento” de la gente y de las comunidades. Expresado de otra manera, las mejoras en salud que afectan a la población en desventaja social, se construyen sobre dos pilares entrelazados: por un lado, las condiciones materiales para la buena salud, como por ejemplo son el acceso a la comida, el agua corriente y los servicios sanitarios, y por otro, el control de las circunstancias de la vida o empoderamiento (Marmot, 2006), que puede ser individual o comunitario. Al empoderamiento de las comunidades se hará referencia más adelante al hablar de apoyo social.

1.4.2.3. Ocupación.

La producción humana es la base para el bienestar y la salud. El producto interior bruto de un país, su nivel de ingresos, los estándares y la expectativa de vida tienden a correlacionarse y a predecirse mutuamente en una sociedad dada. La ocupación es uno de los criterios más importantes de estratificación social en las sociedades avanzadas y es la base de la categorización de los grupos socioeconómicos. Las personas en edad activa pasan una parte importante de sus vidas en el entorno de trabajo. La actividad laboral puede ser una valiosa fuente de bienestar psicológico y social para los seres humanos en cuanto que estructura y dota de significado su existencia. El tipo de trabajo desarrollado, la formación profesional y el nivel de ocupación alcanzados definen en gran medida el grado de aprobación social.

La influencia de la ocupación sobre la salud es tan manifiesta que ya no se cuestiona que, en general, tener un trabajo es mejor para la salud que no tenerlo. El desempleo, o incluso el cambio en el estatus del mismo, han demostrado relacionarse con cambios en la salud de quienes lo padecen y de sus familias. Sus efectos sobre la salud son fruto tanto de las consecuencias psicológicas como de los problemas financieros que traen asociados, especialmente a través de un incremento de la deuda. Los problemas de salud comienzan en el momento en que el trabajador percibe que su trabajo está amenazado, ya que la ansiedad que produce la inseguridad afecta a su salud, incrementando sus efectos sobre la salud mental (depresión, ansiedad), la percepción de problemas de salud y las enfermedades cardíacas (Ferrie, Martikainen, Shipley, Marmot, Stansfeld y Smith, 2001).

Del mismo modo, el trabajo de las personas empleadas puede influir de múltiples maneras sobre su salud, modificando la exposición a riesgos perniciosos y la vulnerabilidad de los trabajadores en función de las condiciones del mismo.

El tipo de ocupación, y especialmente el grado de autodirección o autocontrol en el trabajo, influyen sobremanera en la salud. Así, el tener un escaso control sobre la

actividad laboral se ha relacionado con un incremento del riesgo de padecer dolor de lumbar, baja laboral y enfermedad cardiovascular (Bosma, Richard, Johannes y Marmot, 1998). Estos riesgos se han encontrado independientemente de las características psicológicas de la población estudiada, por lo que su valor predictivo parece relacionarse directamente con el entorno laboral.

La exposición de los trabajadores a tóxicos genera enfermedades profesionales que pueden tardar años en manifestarse, muchas veces después de que el trabajador cese en la misma (como es el caso de las asbestosis), dificultando con frecuencia su reconocimiento como tal enfermedad profesional.

Los riesgos físicos vinculados al lugar del trabajo, asociados a la falta de medidas de seguridad o protección del trabajador, son causa de accidentes laborales como pueden ser el aplastamiento o los golpes contra objetos en movimiento. No obstante, cada vez son más los accidentes laborales que tienen su origen en nuevos riesgos psicosociales, en los que se engloban los esfuerzos físicos, los traumas psíquicos, el estrés, el “*mobbing*”, la falta de estabilidad laboral y la movilidad. Así, los accidentes son hasta tres veces superiores en los trabajadores temporales frente a los estables. Las jornadas laborales excesivamente largas o los desplazamientos prolongados del trabajador hasta su puesto de trabajo pueden condicionar su capacidad para afrontar de manera óptima las tareas vinculadas a su actividad profesional. En el caso del trabajador inmigrante, la falta de capacitación profesional, el desconocimiento de los procesos de producción del país e incluso las limitaciones de comunicación por barreras de tipo idiomático pueden ser las causas que subyacen detrás de un accidente.

Durante los años 90, los cambios en las economías y en los mercados de trabajo de muchos países industrializados favorecieron el crecimiento de empleos inestables y precarios (mal pagados y con un incremento de las horas de trabajo). Cuanto mayor sea el tiempo que un trabajador permanece en situación de inseguridad laboral, mayor es el incremento de las bajas laborales por enfermedad y el uso de los servicios de salud.

España dispone desde el año 1995 de una legislación específica para promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Esta ley establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva. A pesar de tener una legislación avanzada, España es el país de Europa con mayor índice de siniestralidad laboral. Por tanto, la explicación de este índice ha de recaer necesariamente en las condiciones precarias de su mercado laboral.

Las mejoras de las condiciones de trabajo deben incluir factores internos relacionados con el lugar de trabajo, como son el estrés psicológico, los riesgos físicos y ergonómicos, la exposición química a tóxicos, la seguridad en el trabajo, la flexibilidad en las jornadas laborales, entre otros; y factores externos, relacionados con el contexto social, económico, legal y la estructura de gobierno. Dichas mejoras conducirán a una fuerza de trabajo más sana, lo que a su vez mejorará la productividad.

1.4.3. ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Los estilos de vida son prácticas utilitarias y maneras de vivir adoptadas por los individuos y que reflejan identidades socioeconómicas, personales y de grupo (Giddens, 1995). Consisten en formas autoseleccionadas de consumismo, que implican elecciones concretas sobre lo qué una persona come, cómo se viste y qué apariencia física tiene, el tipo de vivienda y automóvil que compra, los hábitos de trabajo, las formas de ocio y tiempo libre y otros tipos de comportamientos orientados por el estatus.

En las sociedades modernas, los estilos de vida juegan un papel decisivo en los determinantes de salud de un individuo y en su esperanza de vida (Cockerham, 1995). Las enfermedades asociadas a estilos de vida particulares, como pueden ser las enfermedades cardíacas, el cáncer, los accidentes cerebro-vasculares, y más recientemente el SIDA son, como ya se ha citado a lo largo de este capítulo, una de las mayores amenazas a salud de la población, especialmente en los países desarrollados y cada vez más en los países en vías de desarrollo. Es por ello que adquiere gran relevancia el concepto de estilo de vida relacionado con la salud (*health lifestyle*). Este concepto es relativamente reciente, y surge a raíz del empoderamiento cultural y económico de la clase media, y de manera muy especial de la percepción emergente sobre la necesidad de ejercer un control personal sobre la salud. En ese sentido, se puede afirmar que los estilos de vida saludables proporcionan a los individuos una estrategia de soporte para afrontar los riesgos de salud en un ambiente de posmodernidad (Cockerham y cols, 1997).

Si bien no existe una definición única y ampliamente aceptada de estilo de vida relacionada con la salud, es posible encontrar dos aproximaciones de interés. William C. Cockerham (1995, p.90) los define como: “Patrones de conducta voluntarios relacionados con la salud basados en elecciones a su vez procedentes de opciones disponibles para las personas en relación a su situación vital”. Por su parte, Thomas Abel (1991, p. 901) sostiene que: “Comprenden patrones de comportamiento relacionados con la salud, valores y actitudes adoptadas por grupos de individuos en respuesta a sus entornos sociales”. Ambas definiciones destacan la importancia del contexto a la hora de definir los estilos de vida e incorporan la interacción entre elecciones de vida (*life choices*) y oportunidades de vida (*life chances*), tal y como ya había introducido Weber (1922). Quiere decirse con esto, que la elección de un determinado estilo de vida está influida por las oportunidades que el individuo tenga para adoptarlo, y por las múltiples variables relacionadas con la posición socioeconómica y otros determinantes de salud. No depende única y exclusivamente de decisiones tomadas de manera individual por una persona.

Desarrollando un poco más estos conceptos Cockerham y cols (1997) plantean la siguiente definición: “Patrones colectivos de conducta relacionados con la salud basados en la elección que procede de las opciones disponibles para la población de manera acorde a sus oportunidades de vida”. Estas oportunidades incluyen edad, género, raza/etnicidad y otras variables relevantes que influyen en la elección de este patrón. Los comportamientos generados a partir de estas elecciones pueden tener consecuencias de tipo positivo o negativo (hablándose en este caso de comportamientos negligentes) sobre el cuerpo y la mente, pero forman un modelo general de prácticas de salud que constituyen los estilos de vida.

Este patrón general de prácticas de salud está integrado por un número amplio y variado de actividades, y que guardan relación con aspectos tan diversos como la decisión de qué comer (comida rápida, precocinada, casera), el realizar o no actividad física, el manejo del estrés, el consumo de drogas y alcohol, el riesgo de accidentes y la apariencia física. Al tratar de conectar actividades tan diversas como el cepillarse diariamente los dientes, abrocharse el cinturón de seguridad al subir a un coche o ir a un *spa* a relajarse, se cae en la cuenta de que la mayor parte de estas actividades se sitúan fuera del sistema de salud.

Sin embargo, dentro de los sistemas de salud se ha realizado una aproximación reduccionista al concepto de estilo de vida, al considerarlo de manera exclusiva como un número de conductas individuales y aisladas que aparecen asociadas con enfermedades en los estudios epidemiológicos (como es el caso del consumo de alcohol y la obesidad con determinadas enfermedades hepáticas). La interrelación entre oportunidades y elecciones de vida está ausente y se separan los comportamientos individuales (*life choices*) del contexto social y de situación en la que estos tienen lugar (*life chances*). Las elecciones son consideradas actividades individuales dirigidas por un proceso de decisión también individual (bebe porque quiere), y no son vistas de manera necesaria como una práctica que es compartida con otros grupos de personas en una situación similar (por ejemplo, de exclusión social). Es por ello que las intervenciones de salud pública han estado más orientadas hacia la prevención de la enfermedad (centrada en el individuo) que hacia la promoción de la salud (centrada en la población).

Es posible ejemplificar esta relación entre las condiciones sociales y las conductas individuales a través del consumo de drogas y en la alimentación.

El consumo del alcohol, el tabaco y otras drogas ilegales depende en parte de las características del entorno social. El consumo de drogas puede ser una respuesta a situaciones de privación social, - medidas en relación con precariedad en la vivienda, escaso nivel de ingresos, desempleo, familias monoparentales o falta de hogar-, y a su vez la adicción dificulta o empeora las desigualdades en salud. Por poner el ejemplo del tabaco, una droga hasta el momento socialmente aceptada, constituye una importante pérdida de ingresos de la gente pobre, y una de las causas más importantes de los problemas de salud y de muerte prematura.

Una buena dieta y un adecuado abastecimiento de comida son aspectos clave en la promoción de la salud y el bienestar. La escasez, exceso o falta de variedad en la alimentación son causas de malnutrición y de enfermedades asociadas. Lo que la población come está más influido por el fácil acceso a la comida sana (vegetales frescos, frutas, legumbres y con un procesamiento mínimo) y a un coste asequible que con la educación sanitaria. Las condiciones sociales y económicas generan un gradiente social a este respecto que contribuye a las desigualdades en salud. En muchos países, los pobres tienden a sustituir la comida fresca por una comida procesada más barata. Las comidas con alto contenido en grasas animales son consumidas por todos los grupos sociales. La gente con bajos recursos, como las familias jóvenes, los ancianos y los desempleados, tiene menos posibilidades de comer bien.

1.4.3.1. El estrés.

Las circunstancias sociales y psicológicas, como la falta de autoestima, la falta de apoyo social, la falta de control en el trabajo o sobre la propia vida, pueden ser causa de estrés a largo plazo, haciendo que la gente se sienta peor, ansiosa e incapaz de sobrellevarlo. Las personas situadas en la parte más baja de la jerarquía social de los países industrializados padecen con más frecuencia este tipo de problemas.

Gracias al gran número de trabajos y publicaciones que se han desarrollado acerca del estrés desde los años sesenta, en la actualidad se dispone de un importante conjunto de conocimientos sobre este fenómeno, no sólo en su vertiente fisiológica, sino también en su dimensión psicosocial y en sus efectos sobre la salud.

De manera general, Crespo y Labrador (2003) definen la respuesta al estrés como una reacción inmediata e intensa, que implica la movilización general de los recursos del organismo, y que se produce ante situaciones que suponen importantes demandas para el individuo. Se trata de una reacción global en la que entran en juego tanto las respuestas fisiológicas (activación de los ejes neural, neuroendocrino y endocrino), como las cognitivas (procesos subjetivos de evaluación de la situación) y motoras (distintas formas o estrategias con la que el individuo intenta afrontar la situación), que preparan en su conjunto al organismo para actuar ante las amenazas y retos de diversa índole que aparecen en su entorno, y que constituirían los estímulos estresores.

La respuesta al estrés en sí misma no es nociva, mas bien todo lo contrario, se trata de una reacción adaptativa que ha permitido la supervivencia de la especie. Sin embargo, cuando esta reacción aparece de forma muy frecuente, intensa o duradera, puede desgastar los recursos de que dispone la persona y producir problemas o patologías de diversa índole.

Everly (1989, citado en González, 2008) propone un modelo explicativo de la respuesta fisiológica al estrés, estructurando la misma en tres ejes: el eje neural (activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), en su rama simpática, y del Sistema Nervioso Periférico), el eje neuroendocrino (activación de las glándulas suprarrenales) y el eje endocrino (activación del eje adrenal – hipofisiario). El punto de interés fundamental de su planteamiento reside en que la activación de uno u otro eje dependerá, además de las características de la situación, de la percepción de la misma por parte del individuo.

Ante una situación de estrés, se produce de manera inmediata la activación del eje neural, que prepara al organismo para una acción motora inmediata e intensa (aumento del ritmo cardíaco y respiratorio y de la presión arterial, aumento del flujo de sangre a los músculos activos y al cerebro acompañado de la disminución del riego sanguíneo de órganos como el tubo digestivo o los riñones, incremento de la tensión de los músculos estriados para actuar ante el estresor). La suma de todos estos efectos permite a la persona llevar a cabo una actividad física mucho más intensa de lo habitual. La actuación de este primer eje es muy rápida, sin embargo, por la propia estructura del SNA, no se puede mantener durante largo periodo de tiempo dicha actividad. La activación se irá reduciendo poco a poco si la situación de estrés desaparece. En el caso de que se mantuviera, entraría en acción el segundo eje.

El eje neuroendocrino produce la secreción de adrenalina y noradrenalina, con efectos similares a los producidos por la activación del SNA del eje neural, si bien con una acción más lenta y por lo tanto más duradera. El eje neuroendocrino se disparará dependiendo de la percepción de la situación por parte del individuo. Si percibe que puede controlarla, ya sea haciéndole frente (lucha) o escapando (huída), se pondrá en marcha. En caso de que la persona considere que no puede hacer nada más que soportar la situación de forma pasiva, entonces activará en su lugar el eje endocrino.

La puesta en marcha del eje endocrino supone la secreción de la hormona adenocorticotropina (ACTH) que llega a la corteza suprarrenal provocando la liberación de corticoides, con efecto sobre distintos órganos diana, entre cuyas consecuencias puede producirse un incremento de la producción de glucosa, supresión del apetito, irritación gástrica, reducción o supresión de mecanismos inmunológicos, sentimientos de depresión e indefensión, etc. El disparo de este eje, más lento y de efectos más duraderos que los dos anteriores, necesita de una situación de estrés más sostenida, por lo que suele asociarse a estresores crónicos (por ejemplo, discusiones constantes con la pareja o un ambiente laboral conflictivo). Se activa de manera especial cuando la persona percibe o considera que no dispone de estrategias o conductas de enfrentamiento a las situaciones de estrés. De esta manera, el estrés hace la persona más vulnerable a un amplio rango de condiciones, que incluyen la diabetes, la hipertensión arterial, el infarto de miocardio, accidentes cerebro-vasculares, depresión y agresividad (Wilkinson y Marmot, 2003).

La respuesta al estrés depende en parte de las demandas de la situación, y en mayor parte de las características del individuo, de la forma en que éste interpreta la situación, de sus habilidades y recursos, de la forma en qué se comporta, etc. Son estas características individuales las que pueden determinar la vulnerabilidad de la persona a las situaciones de estrés. Dicho de otro modo, el identificar un estímulo como estresante o no, está íntimamente ligado a la respuesta que el individuo dé a dicho estímulo. A su vez, esa respuesta está unida a las características de la persona, responsable de la relevancia y significado que confiere a esa situación.

Por lo tanto, el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno. Siguiendo a Lazarus y Folkman (1986, citado en Gonzalez, 2008), el carácter estresante o no de la relación entre el individuo y su ambiente depende fundamentalmente de dos procesos mediadores: la evaluación que el individuo hace de la situación, es decir, su percepción (¿me perjudica o me beneficia, ahora o en el futuro y de qué forma?, ¿qué puedo hacer, si es que puedo hacer algo?) y el modo en que la afronta (por ejemplo, búsqueda de apoyo social, ya sea para encontrar un apoyo afectivo o bien con el objetivo de buscar apoyo instrumental o informativo para resolver un problema).

1.4.4. COMUNIDAD Y CAPITAL SOCIAL

1.4.4.1. Asentamientos urbanos.

Desde una perspectiva histórica, el desarrollo urbano ha sido causa y solución de desigualdades en salud. Los ambientes urbanos están influidos por el grado y tipo de

industrialización, la calidad de las viviendas, el acceso a los espacios verdes y el transporte (McCarthy, 2002).

La Organización Mundial de la Salud, a través de su oficina regional europea, introdujo en el año 1986 el proyecto “Ciudades Saludables” con el objetivo inicial de valorar la aplicación de los principios del movimiento “Salud para todos” desde una perspectiva local. El proyecto que arrancó integrado por once ciudades, cuenta actualmente con 1.300 ciudades y municipios (64 de ellos españoles) de 29 países de la Región Europea de la OMS, unidas a través de redes temáticas a nivel metropolitano, regional y nacional.

El proyecto trata de promover el desarrollo de políticas globales y sistemáticas de planificación que prioricen la intervención sobre las desigualdades en salud y la pobreza urbana, las necesidades de los grupos más vulnerables, el gobierno participativo y los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud. Por poner un ejemplo, las ciudades que participan en la fase del proyecto 2003-2008, comparten como temas centrales el envejecimiento saludable, la planificación urbana saludable y la valoración de su impacto sobre la salud.

Las principales cualidades que ha de reunir una ciudad para ser considerada saludable implican la consecución de los siguientes objetivos (WHO Regional Office for Europe, 1997):

- Un medioambiente físico limpio y sano de alta calidad, incluyendo la calidad de la vivienda.
- Un ecosistema estable y sostenible a largo plazo.
- Una comunidad fuerte, de apoyo mutuo y no explotadora.
- Un alto grado de participación y de control de los ciudadanos sobre las decisiones que afectan a sus vidas, salud y bienestar.
- La cobertura de las necesidades básicas (comida, agua, protección, ingresos, seguridad y trabajo) para todos sus habitantes.
- El acceso a una amplia variedad de experiencias y recursos, con oportunidades de múltiples contactos, interacciones y comunicación.
- Una economía diversa, vital e innovadora.
- El fomento de los vínculos con el pasado, con la herencia cultural y biológica de los habitantes de la ciudad y con otros grupos de individuos.
- Un nivel óptimo de salud pública y servicios sanitarios accesibles para todos.
- Un alto estatus de salud (niveles altos de salud positiva y bajos niveles de enfermedad).

La salud como eje central de las políticas municipales, con reconocimiento de su naturaleza holística y multidimensional (física, mental, social y espiritual), el compromiso con las políticas de salud pública (orientadas a la vivienda, el medioambiente, la educación, los servicios sociales), la acción intersectorial, la participación comunitaria, la necesidad de investigación constante e innovación para lograr la promoción de la salud a través de la acción intersectorial son las bases en las que se sustenta la iniciativa “Ciudades saludables”. En síntesis y como meta última persigue que los hogares, las escuelas, los puestos de trabajo y otros contextos del entorno urbano sean lugares más sanos en los que vivir.

Así, la promoción del hábito saludable de la actividad física entre los ciudadanos, y con él su efecto protector contra enfermedades de diferente índole (obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, depresión), puede hacerse a través de diferentes medidas adoptadas por los ayuntamientos: desde un punto de vista urbanístico proyectando espacios verdes para la recreación (más parques), y facilitando el uso de medios de transportes saludables, como la bicicleta (carril bici), el caminar (zonas peatonales) o el transporte público, que además de estimular el ejercicio, reduce los accidentes de tráfico asociados al uso del automóvil y mejora los contactos sociales al favorecer la interacción social en las calles y finalmente, reduce la polución medioambiental (Wilkinson y Marmot, 2003).

1.4.4.2. Apoyo social.

La relación entre el disfrute de redes y vínculos sociales y la salud ha sido puesta de manifiesto por un amplio número de investigaciones (Berkman y Glass, 2000; Berkman, Glass, Brissette y Seeman, 2000; Berkman, Melchior, Chastang, Niedhammer, Leclery y Goldber, 2004; Cohen, Gottfried y Underwood, 2000; Gil-Lacruz, 2000).

La figura 7 sintetiza las distintas hipótesis sobre la influencia del apoyo social sobre la salud propuestas por Rodríguez Marín (1995):

- a) Como variable antecedente, el apoyo contribuye al bienestar: primero, generando un ambiente promotor de la salud que mejora la integración social y la autoestima de la persona; segundo, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan acontecimientos estresantes en la vida de una persona; y tercero, proporcionando a la persona información retrospectiva, confirmativa o no, de que sus actos están conduciendo a las consecuencias anticipadas socialmente deseables.
- b) Como variable intermedia, el apoyo social contribuye a la salud “amortiguando” los efectos negativos de los acontecimientos estresantes que se producen en la vida del sujeto, influyendo en las interpretaciones de tales acontecimientos y las respuestas emocionales que da antes ellos, disminuyendo así su potencial patogénico.

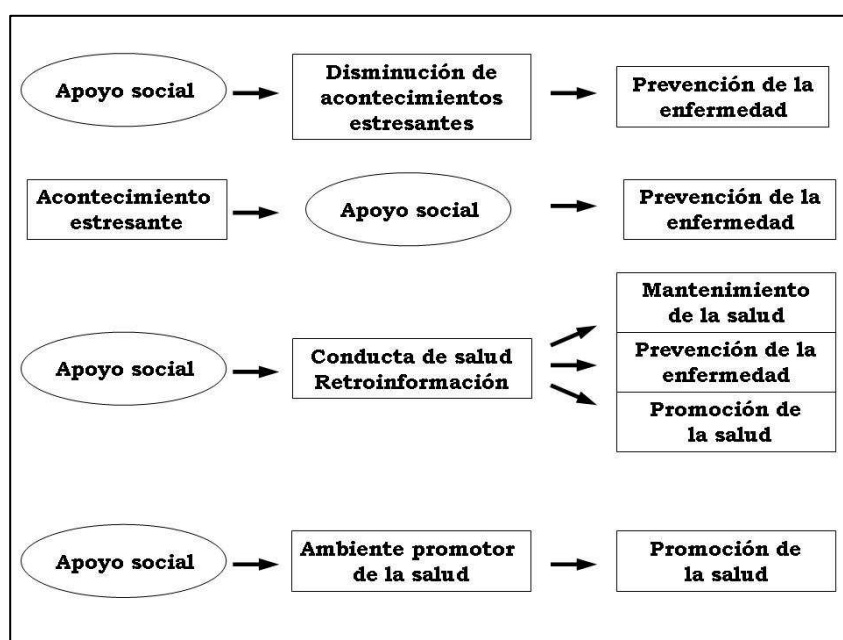
En resumidas cuentas, la amistad, las buenas relaciones sociales y la existencia de redes de apoyo social fuertes contribuyen de forma positiva a la salud individual y colectiva. El sentimiento de pertenencia a una comunidad hace que la gente se sienta protegida, cuidada, estimada y valorada, ejerciendo un potente efecto sobre su salud.

En relación a la cohesión social y su efecto protector sobre la salud, Marmot (2006) especula que muy probablemente la buena salud de Japón reside en la cohesión social de esa sociedad. Y de la misma manera, el estado de bienestar de poblaciones relativamente más pobres que Japón, como son el estado indio de Kerala y Sri Lanka podría atribuirse a la cohesión e inclusión social (de manera particular de las mujeres). Por lo tanto, la importancia del “empoderamiento” de las comunidades parece ser clave para lograr la equidad en salud como meta dentro de una sociedad. Esto no resta protagonismo al papel de la posición socioeconómica como determinante de salud, ya

que la desigualdad socioeconómica es un agente destructivo para las buenas relaciones sociales. De hecho, las sociedades con altos niveles de desigualdad en su nivel de renta, tienen menos cohesión social y más tendencia al crimen violento.

A la hora de tejer una red de apoyo social fuerte es imprescindible el disponer, integrar y complementar recursos de diferente índole o carácter. Recursos de carácter formal o profesionalizados (como son los servicios sociales de una comunidad) con recursos de carácter informal (como son los procedentes del ámbito cercano de la persona, familiares, amigos, compañeros de trabajo; y de organizaciones informales de apoyo como el voluntariado). Dentro de esta red o entramado, los servicios sanitarios se constituyen como recursos formales de salud, en los que el profesional sanitario debería ampliar su rol de experto frente a un “cliente”, “usuario” o “paciente”, y orientar su intervención a la búsqueda de colaboración entre los sistemas formales, en los que se inserta su rol, y los informales en los que se integra el individuo (Gracia, 1991, citado en Gil-Lacruz, 2000).

Figura 7: Posibles vías de influencia del apoyo social sobre la salud



Fuente: Rodríguez Marín (1995)

1.4.4.3. Servicios de salud.

Para considerar los servicios de salud como un determinante social de la salud en toda su extensión es necesario modificar su tradicional orientación hacia la prestación de servicios preventivos y curativos a grupos expuestos o vulnerables.

Benzeval, Judge y Whitehead (citados en Solar e Irwin, 2007) establecen que los sistemas de salud tienen tres obligaciones en la lucha contra las inequidades: (1) asegurar una distribución de los recursos que se destinan a sanidad proporcional a sus necesidades relativas, (2) responder de manera apropiada a las necesidades de asistencia

sanitaria de los diferentes grupos sociales y (3) liderar un enfoque más amplio y estratégico de las políticas de salud pública, para promover la equidad en salud y la justicia social. El sistema de salud juega un papel fundamental, junto con otros sectores sociales, en la prevención de los efectos negativos de las consecuencias sociales de los problemas de salud.

Dentro de los diferentes servicios que puede ofertar el sistema de salud para contribuir a la mejora de la salud de las poblaciones, se podría señalar que la rehabilitación de las enfermedades es a menudo obviada como un contribuidor potencial a la reducción de las desigualdades en salud.

1.4.4.4. Exclusión social.

Richard Wilkinson y Michael Marmot (2003) señalan que las personas o los grupos de población en situación de exclusión social ven negadas sus oportunidades de participar activamente en diferentes aspectos de la vida cultural, económica, social y política de una determinada sociedad.

La pobreza, sea absoluta (con falta total de cobertura de las necesidades materiales básicas para la vida) o relativa (en la que se vive con menos del 60% de la renta per cápita media de un país), hace que quienes la padecen sean excluidos de la vida en sociedad y tratados como inferiores, lo que conduce a una peor salud. Debido a su relación con la pobreza, prevalece entre algunos grupos sociales, como son las minorías étnicas, los desempleados, los nuevos inmigrados, los refugiados, los discapacitados y los sin techo, independientemente del desarrollo económico de la sociedad.

La exclusión social también resulta del racismo, la discriminación y la estigmatización. Las personas que han vivido o han abandonado instituciones como las prisiones, los orfanatos y los hospitales psiquiátricos son particularmente vulnerables. Otro ejemplo lo constituyen, en determinadas sociedades, aquellos con una opción sexual diferente.

Su relación estrecha con un amplio rango de otros determinantes sociales define las dificultades en romper el círculo vicioso que conduce de la exclusión social a la pobreza y de ahí de nuevo a la exclusión social. Así, se relaciona con el apoyo social de manera inversa, ya que la exclusión social propicia un mayor riesgo de divorcio, separación y aislamiento social. Del mismo modo, se asocia con la precariedad de los asentamientos urbanos, pues las personas excluidas viven en vecindarios con mayores condiciones de privación, acceso limitado a los servicios y pobre calidad medioambiental, con estilos de vida perniciosos para la salud.

Su efecto sobre la salud será mayor cuanto más tiempo se permanezca en esta situación de desventaja, y esto será especialmente cierto en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El aislamiento social y la exclusión social se asocian con un incremento de los índices de muerte prematura y con escasas posibilidades de supervivencia después de un ataque al corazón (House, Landis y Umberson, 1988).

1.5. RECAPITULACIÓN

Los determinantes que se acaban de presentar no cierran la lista de factores sociales que influyen sobre la salud, al tratarse éste de un tema de gran amplitud que se relaciona de manera directa con aspectos clave de la forma de vivir de las personas, con sus condiciones de trabajo y con sus estilos de vida; así como con las implicaciones sobre la salud de políticas económicas y sociales.

Tradicionalmente, los determinantes sociales han sido identificados como una característica del individuo, como por ejemplo la red personal de soporte social, el nivel de ingresos o el empleo. Sin embargo, las causas de los problemas de salud están agrupadas en patrones sistemáticos, en los que el efecto sobre un individuo puede depender de la exposición y los resultados de salud de otros miembros de la comunidad. El estudio de los determinantes sociales de la salud no puede entenderse de manera aislada centrado en el individuo, sino que ha de ampliarse a la manera en que organizamos las comunidades en que residen a nivel local, nacional o global.

La comunidad proporciona el marco contextual a nivel local adecuado para analizar la interdependencia de diferentes variables socioeconómicas y psicosociales sobre la salud. En este capítulo se ha mostrado la evidencia científica disponible para justificar el efecto de la estratificación social sobre los parámetros de salud objetivos de las poblaciones (mortalidad, esperanza de vida, incidencia y prevalencia de diferentes enfermedades) y la interdependencia con diferentes variables socioeconómicas y psicosociales. No obstante, es interesante profundizar en el alcance de estas relaciones y en el impacto que tienen las desigualdades sobre la valoración personal que hacen los individuos sobre su salud, y que impactan directamente sobre su bienestar general.

El indiscutible carácter multidimensional de la salud obliga a quienes están interesados en su estudio a romper las tradicionales barreras del conocimiento e integrar diferentes posiciones epistemológicas que permitan la aproximación a su realidad desde múltiples ópticas. Investigar en salud implica ir más allá de parámetros puramente objetivos, como suele ser más característico de las ciencias de la salud o ciencias básicas como la biología, e integrar aspectos de carácter más subjetivos, como la percepción de salud del individuo o su espiritualidad, estudio más propio de las ciencias psicosociales. Supone, además, superar el análisis de la salud en términos individuales e integrar el contexto a la hora de analizar los resultados de salud de las poblaciones, tomando como unidad básica de estudio, por ejemplo, las comunidades y utilizando en este caso herramientas más propias de la sociología o la antropología.

Una adecuada interacción entre lo individual y lo social, entre lo objetivo y lo subjetivo contribuirá sin lugar a dudas a la adquisición de una perspectiva más global y más real de la salud de todos.

2. PERCEPCIÓN DE SALUD COMO INDICADOR PSICOSOCIAL

En el capítulo anterior se ha tratado de profundizar en los determinantes que bien se podrían definir como “extrasanitarios” de la salud. Como se comentó, es de significar que en los países desarrollados la mayor parte de las enfermedades responsables de la incapacidad y la muerte prematura son poco sensibles a incrementos adicionales de recursos estrictamente sanitarios. Los grandes problemas de la salud pública en estos países, en los que cabe suponer *a priori* una adecuada red de recursos sanitarios, tienen mucho que ver con los estilos de vida y con sus determinantes sociales.

Por ejemplo, una de las estrategias más efectivas para mantenerse sano consiste en un patrón equilibrado de dieta, sueño y ejercicio físico. Con ello se consigue estar en forma, reducir la ansiedad y mejorar el bienestar (Brown, citado en Myers, 2005; Lox y Rudolph, 1994; Miró, Iáez y Cano, 2002). Sin embargo, este tipo de conductas o estilos de vida saludables están condicionados, más allá de la elección personal del individuo, por las oportunidades que se tengan de desarrollarlas, que a su vez están mediatizadas por determinantes sociales de tipo socioeconómico (ocupación, nivel de ingresos, educación), el género, el lugar de residencia (accesibilidad a servicios), la existencia o no de redes de apoyo social, entre otros.

Estos determinantes y los estilos de vida condicionan oportunidades de salud del individuo, pero ¿hasta qué punto son condicionantes sin más?, ¿cómo podríamos priorizar su impacto?, ¿cómo los incorpora el sujeto en su vida y cómo influyen en su percepción de salud? Y a su vez ¿cómo dicha percepción de salud incide en sus comportamientos saludables y/o negligentes para la misma?

En el presente capítulo se plantea la importancia de estas cuestiones y se sitúa en el centro del debate la definición de un modelo sobre salud-enfermedad que contemple tanto los condicionantes objetivos de vida como la experiencia subjetiva por parte del individuo.

En ese sentido, Juan E. del Llano Señarís (2004) diferencia entre la enfermedad reconocida por el sistema sanitario y la salud, y la capacidad funcional que experimentan los individuos. De esta manera es posible distinguir entre la enfermedad desde un punto de vista clínico, definición que orienta sobre la aplicación apropiada y disponible del conocimiento médico y la tecnología, y la percepción de la enfermedad por parte de los pacientes más interesados en considerar cómo influye ésta en sus vidas. De hecho, la literatura científica indica que en numerosos casos hay una gran distancia entre el diagnóstico médico (el estado de salud o enfermedad determinado por medios sanitarios) y el sentido de bienestar expresado por la persona (o la experiencia que esta tiene de su salud o enfermedad) (Wilson y Cleary, 1995).

Esta discrepancia observada no resulta sorprendente toda vez que los médicos en sus diagnósticos e intervenciones tienden a focalizarse en signos externos y síntomas susceptibles de curación o restauración de los valores clínicos “normales”, pero a menudo preguntan de manera muy somera sobre el sentido de bienestar de la persona.

El hecho de que una persona declare que se siente bien y saludable, no excluye que pueda estar sufriendo una enfermedad grave y viceversa, la mera ausencia de enfermedad física no es sinónimo de salud. Rose y colaboradores (2000) demostraron en un estudio que encuestaba a 4000 pacientes afectados de diferentes trastornos crónicos, que aquellos que padecían depresión neurótica o somatización de procesos psicológicos, pero que no presentaban un diagnóstico orgánico importante, puntuaban su calidad de vida como relativamente pobre. Por el contrario, enfermos con enfermedades somáticas crónicas, como por ejemplo la diabetes mellitus o la hepatitis C se mostraban totalmente satisfechos con su vida y no diferían en sus puntuaciones de los estudiantes “sanos”.

Cuando un individuo afronta una larga enfermedad, se producen ajustes que preservan la satisfacción con la vida. Esta persona puede llegar a valorar su calidad de vida como buena a pesar de que sufra serias limitaciones en su capacidad física (Bury, 1991).

La explicación de esta distancia existente entre el diagnóstico médico y el grado de enfermedad real que experimenta una persona va más allá de las posibles desigualdades de acceso al sistema sanitario y requiere buscar la respuesta a preguntas relacionadas con las causas que determinan el uso de los servicios sanitarios por parte de la población: ¿por qué ante una misma enfermedad dos personas reaccionan de distinta manera?, ¿cómo determinan las personas si están enfermas y cuándo deciden buscar ayuda médica, seguir un tratamiento y mantenerlo? o ¿por qué las personas se automedican?.

En la base explicativa a estos interrogantes se encuentran multiplicidad de factores relacionados con cuestiones personales (percepción de salud y de los síntomas, niveles de ansiedad, estrategias de afrontamiento, expectativas, creencias relacionadas con la salud, proceso de toma de decisiones, estados de ánimo) y con cuestiones ambientales (ej. valores culturales, grupo de adscripción, redes de apoyo, influencias de los *mass media*, etc.) (Gil-Lacruz, 2007).

La respuesta trasciende a un enfoque tradicionalmente médico para situarse en una dimensión claramente psicosocial, centrada en el individuo y la interpretación que éste realiza sobre su salud/enfermedad y las consecuencias que tiene para su vida. La manera de entender el bienestar no puede aislarse de la manera de comprender al hombre y a su realidad social (Gil-Lacruz, 2007).

El reto estriba en dar respuesta a la influencia de los diferentes determinantes sociales sobre la salud percibida de los individuos que integran una comunidad. Así, el presente capítulo persigue las siguientes metas:

- Reflexionar sobre cómo los paradigmas biomédico y psicosocial conceptualizan de forma diferente la salud (Engel, 1977), y sus consecuencias en la integración de los aspectos subjetivos de dichas definiciones.
- Analizar el concepto de percepción de salud, en sus dimensiones individual y social, y sus relaciones con términos afines en la literatura científica como son

los de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, a través del modelo conceptual aportado por Wilson y Cleary (1995).

- Presentar las diferentes herramientas existentes para su medición realizando un estudio comparativo, con especial atención al cuestionario empleado para la realización de la presente tesis.

2.1. LA CONSIDERACIÓN DE LA SALUD DESDE EL PARADIGMA BIOMÉDICO Y PSICOSOCIAL

El estudio de la salud y el análisis de los procesos mórbidos puede realizarse básicamente desde diferentes perspectivas: el paradigma biomédico, centrado en la investigación de los agentes etiológicos, los procesos patológicos y los resultados biológicos, fisiológicos y clínicos de la enfermedad, y el paradigma psicosocial enfocado a la definición y desarrollo de la funcionalidad y el bienestar general (Tabla 6).

La finalidad última del paradigma biomédico estriba en entender las relaciones causales y clasificar a los pacientes dentro de grupos con un pronóstico específico o con un significado terapéutico. Este paradigma es en parte heredero del “reduccionismo”, corriente filosófica que defiende que un fenómeno complejo deriva en último término de un principio fundamental único, y del “dualismo”, doctrina que establece la separación de lo mental y lo somático, la dualidad cuerpo-mente.

En su afán por buscar leyes universales de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, que por otra parte son completamente necesarias, existe el riesgo de perder de vista al individuo, su sentido del bienestar, su manera de pensar y su propia experiencia personal. En la prioridad de la intervención sanitaria, con frecuencia la contemplación de la persona se difumina en un entramado complejo de cifras y estadísticas.

Por su parte, el paradigma psicosocial toma en consideración el paciente como individuo y el contexto social en el que vive y el sistema complementario ideado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad. Es un paradigma que prioriza la forma en que las diferentes estructuras sociales influyen en los individuos. Este modelo reconoce que el bienestar del individuo se asienta sobre multitud de factores sociales, más allá de los estrictamente sanitarios, como son la educación, la estratificación social, la economía, el ambiente o el sistema de creencias culturales. Se asiste por lo tanto, en este paradigma a la recuperación de lo subjetivo y vivenciado.

Si bien estos modelos suponen una aproximación diferente a la salud, es importante considerar su complementariedad presente ya desde el origen de la medicina moderna a finales del siglo XIX. Con el descubrimiento en el año 1882 del bacilo de Koch como agente infeccioso causante de la tuberculosis, se abren las puertas a su tratamiento con una doble vertiente: por un lado atacar directamente la causa de la enfermedad (el bacilo) a través de fármacos y vacunas, característico del modelo biomédico; y por otro desarrollar acciones de índole social relacionadas con la denuncia de las condiciones laborales de los obreros en las fábricas y el desarrollo de medidas preventivas a través

de la mejora de la vivienda y la educación, característicos del modelo social. Cabe señalar que aún en nuestros días la tuberculosis es definida como “la enfermedad de la injusticia”, pues amenaza a la población más desfavorecida estando asociada con la marginación, el VIH y la inmigración.

Tabla 6: Comparativa entre modelos de salud

PARADIGMA BIOMÉDICO	PARADIGMA PSICOSOCIAL
Tratamiento de los síntomas. Trabajo especializado.	Investigación de las estructuras y de las causas, así como del tratamiento de los síntomas. Se preocupa de la totalidad del paciente.
Pone el acento en la eficacia.	Incide sobre los valores humanos.
El profesional debe ser neutral afectivamente.	Las atenciones del profesional forman parte de la curación.
El dolor y la enfermedad son totalmente negativos.	El dolor y la enfermedad representan una información del conflicto provocado por la falta de armonía.
El grupo de la intervención reside en la cirugía o los medicamentos.	Intervención mínima con “la tecnología apropiada”, en concierto con toda una serie de técnicas no agresivas (psicoterapia, dieta, ejercicio, etc.)
El cuerpo se ve como una máquina en buen o mal estado.	El cuerpo se aprecia como un sistema dinámico, como un campo de energía en el seno de otros campos que operan en un contexto.
La enfermedad y la incapacidad son vistas como una cosa, una entidad.	La enfermedad y la incapacidad son vistas como un proceso.
Voluntad de eliminar los síntomas, la enfermedad.	Voluntad de obtener un bienestar óptimo, una “meta-salud”.
El paciente es dependiente.	El paciente es (o debería ser) autónomo.
El profesional es una autoridad.	El profesional es un interlocutor terapéutico.
El cuerpo y la psique son separados, una enfermedad psicosomática es mental y puede ser confiada a un psiquiatra.	Continuo cuerpo-psyque: una enfermedad psicosomática afecta a todos los profesionales de la atención a la salud.
La psique es un factor secundario en una enfermedad orgánica.	La psique es el factor principal o equivalente en todas las enfermedades.
El efecto placebo muestra el poder de la sugestión.	El efecto placebo muestra el poder de la psique en la enfermedad y la curación.
Confianza sobre todo en las informaciones cuantitativas (diagramas, pruebas, datos, etc.).	Confianza sobre todo en la información cualitativa, incluyendo los informes subjetivos del paciente y la intuición del profesional; los datos cuantitativos son auxiliares.
La “prevención” es fundamentalmente individual y ambiental: vitaminas, reposo, ejercicios, no fumar, etc.	La “prevención” engloba la totalidad de los aspectos de la vida: trabajo, relaciones humanas, motivaciones, cuerpo-psyque, espíritu, etc.

Fuente: García, Sáez y Escarbajal (2000)

La interacción de ambos modelos debería aunar esfuerzos en la explicación de las siguientes cuestiones de la enfermedad: etiología, emergencia y modo de aparición de los síntomas, patofisiología, curso de la enfermedad y tratamiento (Gil-Lacruz, 2007). Fabrega (1972) y Laín Entralgo (1983) añaden los siguientes elementos:

- Aspecto neurofisiológico: derivado de la alteración biofísica y bioquímica de las células.

- Aspecto vivencial: que oscila en un continuo entre el sentimiento subjetivo del bienestar y la sensación de malestar. Por ejemplo, variables psicosociales como el estrés y el tipo de personalidad predisponen a los fallecimientos por cáncer y cardiopatía isquémica.
- Aspecto histórico-cultural: una mentalidad mágica o religiosa concibe de diferente manera la salud y la enfermedad que una cultura científica.
- Aspecto económico-social: la estratificación social se manifiesta tanto en percepciones y comportamientos diferentes, como en las tendencias epidemiológicas y el acceso y la utilización de los servicios sanitarios.
- Aspecto individual: en los que se mezclan los factores anteriores y en los que también se incorporan las variables propias del sujeto como su educación, su personalidad o su biografía. La representación mental de la salud y de la enfermedad implica un proceso cognitivo en el que interviene la percepción de los síntomas, la cognición y el esquema de la enfermedad.

En un intento de integración de la complejidad de factores que intervienen en el estudio del continuo salud-enfermedad, Lupton (2001) propone el análisis de dos elementos que constituyen la doble cara de una misma moneda:

- *Disease* (enfermar): que se podría definir como un estado corporal alterado definido por la ciencia biomédica actual y que se caracteriza por una determinada extensión temporal, pudiendo coincidir o no con un estado de *illness*.
- *Illness* (padecer): designado por el sujeto que padece un trastorno, que a su vez, viene mediatizado por criterios sociales y psicológicos. El factor cultural es el que dota de sentido a la forma, contenido e interpretación de la anomalía que se sufre. En nuestro país, se asimila el “estar enfermo” con el “estar malo” lo que supone un ejemplo de la interpretación subjetiva que se realiza de esta situación. Lo que separa lo “saludable” de lo “no saludable” o el “enfermo” del “sano” es una interpretación subjetiva de lo que es “bueno” o “malo”, “deseable” o “indeseable” (Rodríguez y De Miguel, 1990).

Esta distinción resulta útil para profundizar en el proceso de representación de las enfermedades (Young, 2004). La enfermedad entendida como *illness* admite la posibilidad de cambio, de lucha, de redefinición. En términos hipocráticos, la enfermedad es una prueba que nos obliga a posicionarnos, una respuesta somática ante una situación traumática. Ante un mismo trastorno, cada sujeto asumirá la enfermedad de manera diferencial y los resultados de la ecuación costes-beneficios de la nueva situación dependerán también de los criterios personales (DiMatteo, 1995). Ciertas ventajas son abiertamente reconocidas, como por ejemplo, el cese en el trabajo o la compensación por la enfermedad. Otras son inconscientes (Jeammet, Renaud, Consoli y Flavigny, 1995), como por ejemplo la receptividad sensible del medio que confiere a la persona enferma un estatus particular de protección e importancia. Este paréntesis en la exigencia contextual de funcionalidad predispone a actitudes temporales de dependencia y pasividad.

En esta aproximación psicosocial, el equilibrio psicológico, la carga emocional y la calidad de las relaciones afectivas se dan la mano con los factores físicos, bioquímicos e infecciosos (Fox, 1997). Las reacciones de un mismo individuo a las adversidades, cambios u obligaciones de cualquier orden varían según la etapa vital. A menudo las personas presentan ciclos de enfermedades y trastornos recurrentes. La repetición de síntomas no se explica exclusivamente confiriendo una existencia autónoma a cada una de las enfermedades. Nos remite a la naturaleza de este encuentro personal entre un paciente y unos agentes patógenos (Jeammet y cols, 1995).

Los aspectos psicosociales también intervienen en la respuesta que el sujeto da al hecho de sentirse enfermo, por ejemplo, en la toma de decisiones de acudir a una consulta médica. En este proceso cognitivo intervienen diferentes variables como las afectivas (el miedo, la ansiedad, la apatía experimentados por la persona ante el hecho de sentirse mal) y las interpretativas (ya que en la enfermedad como en otros aspectos de la vida, la percepción de la realidad se ve tamizada por el sentido que la persona le otorga) (Sapolsky, 1999).

Los paradigmas biomédico – psicosocial son la expresión de estas tensiones y armonías entre el cuerpo y la mente, lo objetivo y lo subjetivo y lo cuantitativo y lo cualitativo. Estas dualidades se ilustran bien cuando en la vida cotidiana se le desea a otra persona que “tenga una vida próspera y duradera”. Esa vida duradera puede expresarse en términos objetivos de mortalidad, años de vida perdida, esperanza de vida, etc. Sin embargo, la valoración de la prosperidad entendida como el éxito o la buena suerte en lo que se emprende, ocurre o sucede, requiere de otros indicadores tanto de carácter objetivo (económico, laboral) como de carácter subjetivo (felicidad, bienestar) vinculados a lo que cada persona y la sociedad en la que se inserte entienden por logro.

Tradicionalmente, el predominio del paradigma biomédico enfatizando la enfermedad y centrado en la atención médica, ha propiciado que la salud y los resultados en salud se hayan definido en términos de diagnóstico, morbilidad (centrada en parámetros fisiopatológicos) y tasas de mortalidad. Pero hoy, estos clásicos indicadores empleados para medir la salud de las poblaciones ya no son suficientes para valorar la totalidad de las necesidades de una sociedad cambiante en la que se ha producido un giro marcado hacia las enfermedades de carácter crónico. En los países económicamente desarrollados, el aumento de la longevidad, las mejoras en el cuidado perinatal y los beneficios de una tecnología médica moderna marcan una nueva realidad sanitaria, caracterizada por un número creciente de población en situación de dependencia, ancianos enfermos de carácter crónico, y adultos y niños con gran discapacidad. Las necesidades de esta población, de cara a garantizar su bienestar son diferentes, y ya no es únicamente importante vivir más años, sino que esos años de vida sean de calidad. De hecho, para la mayoría de los pacientes uno de los objetivos principales que ha de cubrir la atención sanitaria es el conseguir una vida más “efectiva” y preservar su estado funcional y de bienestar.

Los múltiples cambios acaecidos durante la segunda mitad del siglo XX condicionan el entorno adecuado para el desarrollo de un nuevo concepto de salud y nuevos horizontes para la medida del mismo (Hunt y McEwen, 1980). En la actualidad ya nadie cuestiona que la salud integra múltiples dimensiones, que incluyen aspectos

relacionados con el bienestar mental y social, con el bienestar físico, con la posibilidad de la persona de desarrollar sus roles sociales o con la capacidad de poder enfrentar las demandas de su existencia.

2.2. LA SALUD DESDE SU DIMENSIÓN SUBJETIVA: EL CONCEPTO DE PERCEPCIÓN DE SALUD

La información de carácter único y subjetivo sobre la evaluación que el individuo realice de su salud o la manera en que afronta su enfermedad o dependencia es de gran relevancia, ya que son estos elementos subjetivos los que determinarán, entre otros factores, la valoración global de su bienestar y calidad de vida y las demandas que realice de servicios sanitarios.

Ya en el año 1982, Mossey y Shapiro demostraron en un estudio pionero en este ámbito, el incremento sustancial en la mortalidad para las personas que percibían su salud como pobre, aún controlando la condición diagnóstica y la utilización de los servicios de salud. Además, observaron una estratificación del riesgo, de tal manera que incluso los que percibían su salud como “buena” tenían mayor riesgo en comparación con los que la puntuaban como “excelente”. Un amplio número de estudios epidemiológicos posteriores, confirmó a la percepción de salud como predictor independiente de la mortalidad (Benyamini e Idler, 1999; Bjorner, Kristensen, Orth-Gomér, Tibblin, Sullivan y Westerholm, 1996; Idler, 1992; Idler y Benyamini, 1997a, b). Se puso así de manifiesto el alto valor predictivo que tiene el juicio que hace una persona de su propia salud.

Que una persona se sienta o considere “enferma” dependerá de la percepción individual de los síntomas y de cómo los valore de cara a solicitar atención profesional. Esta valoración puede relacionarse con cómo la persona integre la percepción de su salud en un plano físico o mental, con otras percepciones relacionadas con la salud como son su preocupación por los temas de salud, la resistencia o susceptibilidad ante una enfermedad o la tendencia a creer que la enfermedad forma parte de su vida. Hay quién se compara, de forma consciente o no, con otras personas que establece como iguales, ya sean de su misma edad o con su misma enfermedad, mientras que en otros casos se utiliza como punto de referencia el cómo se encontraban antes de enfermar. Estas estrategias cognitivas son relevantes, ya que aunque el personal sanitario es el que decide cómo gestionar la oferta de recursos sanitarios, al final es el paciente el que toma la decisión de consultar a un experto ante un problema de salud o el que personaliza un determinado tratamiento o indicaciones sanitarias.

Es cierto que algunas personas prestan menos atención a sus sensaciones internas que otras. Para unos, un problema físico tiene que ser intenso para que lo noten (Mechanic, 1983), mientras que, por el contrario, los hipocondríacos se obsesionan y sobreestiman la gravedad de cada síntoma (Wagner y Curran, 1984). Esta atención se puede facilitar por la influencia de factores o acontecimientos externos de carácter tanto objetivos, como por ejemplo los efectos secundarios de los medicamentos (Skelton y Croyle, 1991), como subjetivos, tal es el caso de la percepción del propio estado de salud (Idler, 1993a) o ambos como la presencia de dolor (Moss y DiCaccavo, 2005; Turk, 1994).

Por otra parte, las personas creen que están enfermas cuando los síntomas que perciben se corresponden con sus “esquemas” de enfermedad. El dolor en el pecho, ¿cuándo es una amenaza letal o un simple un espasmo muscular, como suponen muchas víctimas de ataques cardíacos? El modelo atribucional y el polémico sentido común influyen sobremanera en la forma en que las personas se autodiagnostican (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984).

La interpretación de los síntomas constituye también un fenómeno cultural (Radley, 1994). La cultura modela el tipo de respuesta ante una enfermedad. Las creencias compartidas sobre la salud, como una forma de ver el mundo en un lugar determinado, pueden influir tanto en la interpretación de los síntomas como en su expresión. Zborowski (1952) observó en los hospitales estadounidenses que los italianos y los judíos tendían a exagerar la expresión del dolor porque no era algo que los descalificara. Los irlandeses padecían el dolor de una forma más estoica. Las creencias sobre la salud se encuentran en la base explicativa de conductas concretas, como por ejemplo, la búsqueda de asistencia sanitaria (Nouvilas, 2000).

Un ejemplo evidente de esta relación lo constituye la influencia de la religión en las actitudes y comportamientos en salud. Las creencias religiosas se asocian con un menor conocimiento acerca del SIDA (Peruga y Celentano, 1993), un menor consumo de drogas (Brizer, 1993; Cochran, 1993; Francis y Mullen, 1993), una menor probabilidad de sufrir una depresión o ansiedad (Koenig, Ford, George, Blazer y Meador, 1993; Wright, Frost y Wisecarver, 1993) y con el amortiguamiento en situaciones estresantes, entre otros factores (Park y Cohen, 1993; Shams y Jackson, 1993).

La influencia del sistema de creencias culturales se diversifica en función de variables estructurales como el sexo y la edad. Así, en la mujer el ideal de salud en nuestra sociedad se asimila al de belleza y juventud. Las compañías cosméticas dan buena cuenta de esta relación en la venta de productos con “nanoesferas” y “ceramidas”. Aunque es dudoso que los futuros clientes entiendan el mecanismo de actuación de estos principios, el poder de lo científico y lo medicalizador impide cualquier actuación crítica. La fe en el progreso y la creencia en su valor facilitan la asunción del precio y una compra onerosa, valorada en su componente mágico y milagroso.

La edad también modula la ascendencia de los valores y representaciones sociales en la percepción de la salud. Por ejemplo, entre las personas de la tercera edad se encuentra un porcentaje elevado de individuos que a pesar de presentar un gran número de comorbilidades causadas por la pluripatología característica de su edad, tienen una tendencia a percibir su salud como buena ya que atribuyen su disconfort al proceso natural del envejecimiento. Por el contrario, los adolescentes en la creencia de su invulnerabilidad, se exponen a gran número de riesgos para su salud, como son el consumo de alcohol, la conducción a altas velocidades o la práctica sexual de riesgo.

De este modo, la construcción del juicio que una persona hace de su propia salud es un proceso complejo que además de traducir rasgos de su personalidad y su sistema de creencias se deriva de su experiencia social. En ese sentido, Amartya Sen (2002) propugna la necesidad de analizar la información subjetiva aportada por un sujeto en relación a su salud dentro del contexto social en que se emite, teniendo en cuenta elementos como el nivel educativo o la disponibilidad de recursos sanitarios de la

comunidad en la que se reside, entre otros. La omisión de estos determinantes sociales en el estudio de este indicador psicosocial presente en la mayor parte de las encuestas de salud podría resultar engañosa a la hora de valorar la salud en una determinada comunidad e influir inadecuadamente sobre la toma de decisiones en relación a la misma.

2.2.1. LA PERCEPCIÓN DE SALUD EN SU CONTEXTO SOCIAL

Más allá de los factores demográficos citados en el apartado anterior, como son la edad y el sexo, un gran número de factores de índole socioeconómico y psicosocial repercuten sobre los indicadores objetivos de salud (tal y como se observó en el primer capítulo), y además condicionan la apreciación que la persona realiza de la misma.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la asociación positiva entre clase social y percepción de salud, de manera que cuanto más baja sea la clase social, mayor es la proporción de población que se queja de su salud (Borg y Kristensen, 2000). La correlación positiva entre clase social y percepción de salud, se mantiene para los tres elementos definitorios de la misma, el nivel de ingresos, la ocupación y la educación.

Según datos de tipo descriptivo aportados por la Fundación Gaspar Casal (2007) en nuestro país, la renta media de los que afirman disfrutar de muy buena salud es diez veces superior a los que dicen tener muy mala salud. Este contraste no sólo se da en los extremos de la estratificación social, sino que de igual forma, la renta media de quienes se perciben con buena salud es casi cinco veces superior a la de los que se autovaloran con mala salud. Estas correlaciones entre renta y salud se producen ya en edades muy tempranas, por lo que se puede deducir que se encuentran vinculadas a formas de vida en el hogar (condiciones y estilos de vida) y no sólo al desarrollo del bienestar individual de cada persona a lo largo de su vida.

La asociación entre renta y estado de salud percibido es bastante más elevada entre quienes padecen alguna enfermedad, incapacidad o deficiencia crónica, indicando que la influencia de los niveles de renta en la autovaloración de la salud es más fuerte en las personas que tienen ya una dolencia declarada que en las que no la tienen. Ello podría confirmar que las enfermedades se hacen más soportables cuando el nivel de renta es elevado, tal y como ya queda recogido en el refranero popular: “Las penas con pan son menos penas”.

La edad modula la relación nivel de renta – salud percibida, ya que en los primeros años de juventud, cuando la salud es en general bastante buena, los contrastes de renta aportan pocas diferencias en términos de salud. Lo mismo sucede con edades avanzadas por la razón contraria, la salud es ya precaria y la renta no soluciona nada. Sin embargo, en las edades medias de la vida, las diferencias de renta personal y del hogar marcan sensibles diferencias en la salud percibida.

A nivel educativo, la vinculación entre el menor nivel de instrucción y la peor salud es reconocible en todos los segmentos de edad y también de educación. Dicha relación es más fuerte en los niveles educativos inferiores, siendo relativamente reducida la influencia de la salud en los niveles de formación superiores. Con ello se pone de

relieve la importancia de la información y formación básica como instrumentos para la prevención y mejora de salud de los individuos, así como la necesidad de concentrar mayores esfuerzos en los niveles básicos de escolarización.

Con relación a la ocupación, los empresarios y los asalariados evalúan mejor su salud que los empresarios sin trabajadores y los trabajadores independientes. Al mismo tiempo, los trabajadores a tiempo completo y parcial valoran mejor salud, mientras que los desempleados, que aún siendo un colectivo más joven, muestran peores indicadores de salud. Los efectos del desempleo sobre la salud aparecen modulados por la variable sexo, con una influencia claramente más negativa en los varones que en las mujeres. De hecho el grupo de desempleados representa la única situación laboral en la que la salud percibida de los hombres es netamente inferior a la salud de las mujeres.

Ahora bien, tanto el nivel de ingresos, como el grado de instrucción y el estatus ocupacional repercuten pero no determinan la percepción de salud. Es de destacar algunos estudios que han puesto de manifiesto que aquellas personas pobres, a pesar de poder valorar objetivamente peor su salud que los ricos, no necesariamente reconocen que se encuentran en mayor riesgo de accidentes, enfermedad mental, padecer enfermedades cardiovasculares o vivir menos (Macintyre, McKay y Ellaway, 2005). Hay quienes apuntan a que las clases sociales menos favorecidas en un determinado contexto, por su escaso nivel de alfabetización o la falta de conocimiento de la existencia de otras realidades o bien por un discutible sentido de resignación, pueden valorar su salud por encima de personas pertenecientes a sociedades con indicadores de alfabetización o niveles de renta superiores (Sen, 2002). De ahí la necesidad de contextualizar siempre la salud dentro de la comunidad, en la que la salud es simultáneamente objeto de influencia y motor social de cambio.

En relación a las diferencias de clase social y género sobre la percepción de salud, se dispone de evidencia empírica suficiente que indica que las mujeres tienden a valorar peor su estado de salud, lo cual no es de extrañar pues por un lado tienen una mayor esperanza de vida y por otro, presentan una peor situación socioeconómica con relación a sus compañeros (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2007). Las diferencias en la percepción de salud se dan para todas las edades, llamando la atención por ejemplo, su presencia en la adolescencia, en un momento en que aún no se han adoptado los roles tradicionales relacionados con el matrimonio, la ocupación y la prestación de cuidados. La profundización en el estudio de las dimensiones que moderan las diferencias de género en salud, requiere una mayor atención a las influencias culturales, factores económicos y políticos (Torsheim, Ravens-Sieberer, Hetland, Välimaa, Danielson y Overpeck, 2006).

Otros determinantes sociales que influyen sobre la percepción de salud guardan relación con las características del vecindario en el que se reside, la existencia o no de apoyo social y los propios estilos de vida.

Cummins, Stafford, Macintyre, Marmot y Ellaway (2005) encontraron que características diversas de un vecindario como son el entorno físico de baja calidad, una alto índice de desempleo o el escaso compromiso político de sus habitantes se relacionan con índices de salud percibida de malos a muy malos. La profundización en el conocimiento de las características demográficas de los residentes del vecindario, el

nivel de privación en el área, la calidad de la vivienda y el nivel de integración social son elementos que deberían contemplarse en las estrategias de intervención en salud pública.

Al poner como ejemplo la familia como fuente de apoyo social, se puede señalar que en España las personas casadas son las que presentan un mejor estado de salud percibido. La peor autovaloración de la salud corresponde a los viudos y separados. Los divorciados y solteros quedan en una situación intermedia. Resulta curioso observar que el matrimonio es más beneficioso para el hombre que para la mujer. A partir de los 30 años, el hombre soltero tiene peor valoración de su propia salud que el casado, circunstancia que no se da en las mujeres, en las que estar casadas se asocia con peor salud en la práctica totalidad de grupos de edad. Naturalmente, no se puede afirmar que la diferencia en salud entre solteros y casados se deba a la mera condición conyugal, sino a diversas conductas y hábitos asociados con el matrimonio que hacen bastante plausible esta hipótesis. En general, el matrimonio induce a los hombres a llevar una vida más estable y equilibrada, con mejores hábitos alimenticios y una mayor reducción de conductas de riesgo. La noción popular de “sentar la cabeza” referida a la estabilidad proporcionada por el matrimonio parece tener un claro sentido en términos de salud masculina. Por el contrario, todo indica que los buenos hábitos relacionados con la salud son aprendidos por la mujer antes del matrimonio y que éste no resulta especialmente beneficioso para su salud, sino levemente perjudicial, posiblemente debido a una mayor acumulación de tareas laborales y domésticas, junto a las derivadas del ciclo reproductivo, lo que probablemente hace que la mujer no se ocupe tanto de su propia salud en beneficio de la de sus hijos y su marido (Fundación Gaspar Casal, 2007).

Finalmente, los estilos de vida saludables, como la práctica de actividad física, se correlacionan en nuestro país con mejores valores en la percepción de salud, mientras que los comportamientos negligentes con la salud como son el fumar o el consumo de alcohol, tienen una correlación en sentido inverso.

Es posible seguir estableciendo asociaciones entre diferentes determinantes sociales y la percepción de salud, sin embargo, hay que señalar la necesidad de profundizar en cuál es el peso específico de cada uno de ellos a la hora de definir el estado de salud percibido de las poblaciones, y poder así adoptar las estrategias de salud pública que tendrán un mayor impacto de cara a mejorarla. En este sentido, un estudio desarrollado por Shields y Tremblay (2002) en Canadá para examinar los predictores de la salud percibida entre los residentes de 136 regiones, encontró que la obesidad predecía sólo un 10% de las valoraciones de salud pobre o regular y el índice de fumador sólo un 4% de la varianza entre comunidades. Fueron los factores sociodemográficos los que aportaron el 25% de las diferencias perceptivas entre las comunidades.

2.2.2. DIFICULTADES EN LA APROXIMACIÓN AL TEMA DE LA SALUD DESDE UNA ENFOQUE SUBJETIVO

Al igual que realizar una definición de salud resulta una tarea compleja y controvertida no menos difícil resulta el proponer una aproximación a la misma desde la perspectiva del individuo. A las dificultades derivadas de su propia naturaleza subjetiva, se han de sumar barreras de tipo conceptual dada la cantidad de aspectos que se engloban bajo el paraguas de la valoración individual de la salud.

La mayoría de los términos usados para definir la salud son de carácter subjetivo, e incluyen desde estados positivos, como bueno y sano, a otros estados negativos, como malo, enfermo y discapacitado. Su naturaleza ambigua no especifica lo que es la salud, ni indica donde empieza y donde termina. La noción de discapacidad o de enfermedad como elemento diferente al de salud es un juicio de valor.

Las definiciones de enfermedad a menudo contienen asunciones sobre qué estados de bienestar son deseables o indeseables, normales o patológicos, benignos o malignos y remiten a la doble consideración de la salud como un estado y como un proceso. La salud, especialmente la psicológica, se aprende y se conquista en un foro social y a lo largo de una dimensión temporal.

Desde una perspectiva integral de salud y enfermedad – biológica, psicológica, social y cultural- no se trata de claudicar ante la dificultad del tema. La vertiente subjetiva de este estado - proceso añade complejidad al reto de su medida, pero a la vez lo enriquece sobremedida. Se podría considerar que hay casi tantas definiciones de salud y enfermedad como estados y procesos del ser. La variedad de conceptos de salud indica que además de una entidad unificada, existe una pluralidad multidimensional de aproximaciones. Los intentos por definir las condiciones de salud están influidos por las aspiraciones y preocupaciones más profundas del ser humano, que siendo el mismo, evoluciona con su historia y su cultura.

El término de “calidad de vida” sirve de ejemplo para ilustrar estas dificultades. A pesar de que su uso se ha banalizado en exceso en especial en los campos de la comunicación y el consumo, ha adquirido gran relevancia en las últimas décadas dentro de la planificación de servicios sanitarios al observarse que los cambios en la evaluación de la propia salud que realiza el paciente se encuentran entre los principales determinantes de cuidados sanitarios, la adherencia a un régimen determinado de tratamiento, y la satisfacción con él. Este término empleado para englobar los valores y las percepciones del paciente, está sujeto a numerosas interpretaciones, lo que ha sido fuente de duda y confusión entre clínicos, investigadores, políticos y pacientes (Leplège y Hunt, 1997).

Las dificultades definitorias se trasladan al campo del desarrollo de herramientas o cuestionarios estandarizados que permitan cuantificar de forma fiable, válida y sensible la calidad de vida o el bienestar. Resulta inevitable tener que aceptar la dificultad de medir integralmente un fenómeno tan multidimensional: ¿hasta qué punto es objetivable lo subjetivo?, ¿cuáles son los indicadores que definen el bienestar y la calidad de vida?, ¿es necesario evaluar la calidad de vida para definir el estado de salud subjetivo de una persona?, ¿es posible consensuar una medida integral única?

Desde una perspectiva terminológica, muchos de los vocablos empleados para entender la salud presentan un significado diferencial en el lenguaje cotidiano y científico, lo que hace que con frecuencia se utilicen sin aportar su definición explícita y presuponiendo erróneamente una aproximación común (Patrick y Bergner, 1990). Así, conceptos como estatus funcional, estado de salud, bienestar, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, se aplican con frecuencia de manera intercambiable en los discursos sobre salud. El uso de un término u otro puede variar en función del

cuerpo disciplinar que haga uso del mismo (enfermería, fisioterapia, psicología, medicina, economía,...) y del paradigma predominante en el que se englobe.

A esto se le suma el problema contrario consistente en que diferentes autores, y normalmente desde el mundo científico anglosajón, utilizan diferentes términos para referirse a un mismo constructo (Bjorner, Fayers e Idler, 2005). Es el caso del concepto de “percepción de salud”, que puede encontrarse referido en la literatura a través de diferentes denominaciones como son percepción general de salud, salud autopercebida, autopercepción de salud o autoevaluación de la salud. Así, lo más frecuente es que el término “salud percibida” haga referencia de manera específica a la evaluación global que una persona hace de su salud en función del concepto que tiene de la misma, y que es el objeto central de la presente tesis. Sin embargo, también es posible observar cómo en algunos textos se emplea el mismo vocablo de “salud percibida” de una manera más global o genérica para hacer referencia cualquier tipo de juicio subjetivo efectuado sobre la salud (ya sean síntomas, estatus funcional, calidad de vida).

Las consecuencias de estas confusiones son graves, ya que resulta difícil progresar en cualquier campo de conocimiento si no se dispone de una definición compartida del concepto o fenómeno estudiado. Con frecuencia es complicado el conocer con exactitud el parámetro que se está midiendo (¿percepción de salud?, ¿calidad de vida?, ¿estatus funcional?), y las razones para la selección de una determinada herramienta. Todo ello entorpece sobremanera la realización de comparaciones entre estudios. Diferencias en significados en un tema como puede ser el de calidad de vida, conduce a profundas diferencias en los resultados de investigación, la práctica clínica, la distribución de recursos sanitarios, entre otros.

No obstante, a pesar de que no parece existir un consenso sobre cuándo y dónde debe ser usado un determinado término, resulta de gran utilidad el esfuerzo de diferenciarlos (Patrick, 1998). En los siguientes epígrafes se aportarán criterios para clarificar las diferencias existentes entre los términos anteriormente citados y se apuntará un modelo integrador en el que contextualizar las herramientas para la evaluación de la salud.

La tabla 7 recoge un glosario con los términos más relevantes objeto de análisis en el presente capítulo.

2.2.3. LA OPERATIVIZACIÓN DE LA DEFINICIÓN DE SALUD

En el año 1948, la OMS define en su Constitución la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad” (WHO, 1948). Esta definición universalmente aceptada es posiblemente el mejor ejemplo de una definición general de salud, en la que se promueve el ideal de una salud positiva, como un estado de bienestar y autorrealización utópico. La salud ya no es únicamente la ausencia de la enfermedad, sino que es necesario sentirse bien y se aspira a alcanzar grados cada vez mayores de bienestar y calidad de vida. Recoge así mismo la multidimensionalidad de la salud que reconoce la interconexión entre salud física, psíquica y social (Hurrelmann, 1989) y su estrecha relación con el concepto de calidad de vida (Greenfield y Nelson, 1992).

Tabla 7: Glosario de términos relacionados con los aspectos subjetivos de la salud

TÉRMINO	INGLÉS	DEFINICIÓN
Estado de Salud	<i>Health Status</i>	Definido por la OMS como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad” (WHO, 1948).
Estado Funcional	<i>Functional Status o Role Functioning</i>	Ejecución efectiva o capacidad para la ejecución por parte de una persona de sus roles sociales, tareas o actividades que tienen valor para él, como son ir al trabajo, practicar deporte o cuidar de la casa. Desviaciones de una ejecución o capacidad habitual indican disfunción (Patrick y Erickson, 1993, p. 418).
Percepción de Salud o salud percibida (Genérico)	<i>Health Perception o Perceived Health Status</i>	Estado subjetivo de salud. Cualquier juicio personal efectuado por una persona sobre la salud o aspectos relacionados con la misma (síntomas, estatus funcional, calidad de vida, etc.).
Percepción General de Salud o salud percibida o autopercebida (Específico)	<i>General Health Perception; Self-perceived Health; Self-assessed Health; Self-evaluated Health o Self-rated Health</i>	Dimensión de la salud referida a la evaluación global que una persona hace de su propia salud o estado de salud en función del concepto que tiene de la misma. Se refiere a la síntesis de todos los aspectos diversos que engloba la salud (Davies y Ware, 1981).
Calidad de Vida	<i>Quality of Life</i>	La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos y expectativas, estándares y preocupaciones (WHO, 1993; WHOQOL Group, 1994).
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	<i>Health related quality of life</i>	Valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social que están influidos por la enfermedad, un accidente, el tratamiento médico o las políticas sanitarias (Patrick y Erickson, 1993, p.22).
Bienestar	<i>Well-being</i>	Proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud en su autorrealización como entidad personal y social (Cuevas, 1996, p.420).
Bienestar Individual	<i>Subjective well-being Psychological well-being</i>	Equilibrio cognitivo – emocional que vivencia el sujeto como miembro de una comunidad que le permite percibirse a sí mismo con calidad de vida. Se identifica con el estar bien o feliz (Barriga y Trujillo, 2004, pág.14). Desde el punto de vista teórico su estudio se encuadra en dos tradiciones teóricamente relacionadas, pero empíricamente diferenciadas del bienestar: - El bienestar subjetivo, inscrito dentro de un marco fundamentalmente emocional, entendido como el contraste entre lo que una persona ha logrado y sus expectativas. - El bienestar psicológico, entendido como desarrollo y crecimiento personal.
Bienestar Social	<i>Social well-being</i>	La valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de las sociedades (Keyes, 1998, p.122). Está compuesto de las siguientes dimensiones: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social (Blanco y Díaz, 2005, p.583).
Felicidad	<i>Happiness</i>	Concepto polivalente al que es posible aproximarse desde diferentes perspectivas (Brülde, 2007): - La felicidad entendida como una actitud positiva hacia la vida en general (concepción cognitiva). - La felicidad como un balance favorable del placer sobre el displacer o dolor (teoría hedonista). - La felicidad como una clase de estado de ánimo positivo (teoría del humor). - La felicidad como un estado mental complejo, en parte cognitivo - evaluación de la vida propia de manera positiva -, y en parte afectivo - el sentirse bien - (teoría híbrida). Diversos autores la definen como la satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994).

Sin embargo, esta aproximación no diferencia qué estados de bienestar son más sanos que otros. No aporta las definiciones operativas de salud y bienestar necesarias para poder desarrollar instrumentos de medida adaptados a esta nueva conceptualización, en la que la percepción de la salud de la persona tiene un papel importante (Maddux, Brawley y Boykin, 1995; Strack, Argyle y Schwarz, 1991).

Este problema de definición se observa con claridad en el caso del bienestar social. ¿Qué se incluye o no en el bienestar social?, ¿se refiere el bienestar social al desarrollo económico y social de la sociedad en la que el individuo reside, o por el contrario se refiere a la interacción e integración social, conceptos más próximos al estatus funcional? Si la respuesta es que ambos términos no son excluyentes, ¿cómo se articula su complementariedad?

A pesar de la falta de una respuesta única a estas cuestiones, la propuesta de la OMS engloba la mayor parte de los significados dados al estado de salud, incluyendo el estatus funcional, la morbilidad y el bienestar. Si se le suman los resultados fisiológicos (Brook, Ware, Davies-Avery, Steward, Donald, Rogers, Williams y Johnston, 1979), se puede considerar que describe bien lo que debería integrar la definición ideal de salud o el estado de salud.

La ventaja de la aportación de la OMS, y la incorporación epidemiológica de nuevos índices de salud, abre las puertas al estudio de la salud en sentido positivo: la salud se estudia en sí misma, ya no como sinónimo de la falta de padecimiento sino como entidad gnoseológica propia, con sus diferentes grados y conceptos relacionados. Alcanzar una representación más completa de la salud incluiría la definición de los estados de salud, la ponderación de estos estados, el pronóstico y la probabilidad de movimiento a futuros estados.

Responder a la pregunta de qué aspectos genéricos están incluidos dentro del concepto de salud, y qué elementos (llámese dominios o categorías) los constituyen, ha sido el primer paso a considerar para el posterior desarrollo de medidas adecuadas para su evaluación. En ese sentido, se dispone de cierto consenso en que las dimensiones básicas necesarias para definir el estado de salud, (Ware, Brook, Davies-Avery, Williams, Stewart, Rogers, Donald, y Johnstons, 1980; Ware, 1987, Patrick y Erickson, 1993) son:

- La salud física, referida al correcto funcionamiento de la parte física del cuerpo. Se ha definido en términos de limitación física para efectuar alguna actividad, la habilidad para ejecutar actividades de la vida cotidiana, como el aseo personal, y la evaluación personal de la condición física (satisfacción, vitalidad, nivel de energía).
- La salud mental que contempla indicadores en sentido negativo como son los síntomas de alteraciones afectivas - la ansiedad, la depresión -, e indicadores en sentido positivo como son el sentirse bien y el control emocional. Las medidas de la salud mental enfatizan el estudio de los estados psicológicos frente a las manifestaciones somáticas o fisiológicas de estos estados. Asimismo, incorpora en su conceptualización el bienestar psicológico (afectos positivos, felicidad, satisfacción con la vida) y la función cognitiva (orientación espacial y temporal,

procesos mentales de memoria, comprensión, razonamiento abstracto, resolución de problemas).

- La salud social definida en términos de contactos interpersonales y actividades que indican participación social. Conceptualmente la dimensión social de la salud difiere de las dimensiones física y la mental ya que, en su caso, la definición del estado de salud de una persona se extiende más allá de lo físico, lo fisiológico y lo mental, para centrarse en la cantidad y la calidad de las relaciones interpersonales y su implicación comunitaria.
- El estatus funcional normalmente se refiere a limitaciones en la ejecución de roles sociales o a la restricción en la actividad, es decir, hacer aquellas actividades que se acuerda que son importantes para la sociedad o para el individuo, como por ejemplo el trabajo, asistir al colegio o realizar las tareas del hogar.
- La percepción general de salud, referida a la evaluación que una persona hace de su propia salud en función del concepto que tiene de la misma, independientemente de cuál sea este último. La noción que subyace a este elemento se puede concretar en la frase: “tu salud es lo que tú creas que es”. Refleja por lo tanto de manera extensa el estado de salud de una persona.

Esta operativización en dimensiones puede resultar un tanto artificial cuando se habla de un concepto tan global como es el de la salud y no explica suficientemente la interdependencia de sus variables. Así, aunque el estatus funcional parece estar altamente asociado con la calidad de vida, muchas personas que usan una silla de ruedas o personas con limitaciones en su actividad indican una alta calidad de vida (Patrick, Kinne, Engelberg y Pearlman, 2000).

Las dimensiones señaladas no son necesariamente las únicas a la hora de considerar la salud individual, y mucho menos constituyen taxonomías cerradas o compartimentos estancos sin ningún nexo de relación entre ellas. En el caso de la función sexual, ¿en qué dimensión o categoría de salud se enmarcaría su estudio al tratarse de un aspecto del estatus funcional que se relaciona tanto con la función física, como con la psicológica y la social?

El esfuerzo analítico de la dimensionalización de la salud nos remite también a la importancia de su medida. La operativización de la salud fue de utilidad para el diseño de instrumentos para su valoración por parte el individuo, pero también facilitó que se observase una cierta tendencia a igualar o confundir el concepto de salud con el de calidad de vida (CV), o a tratar los conceptos de estatus funcional y bienestar ligados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como sinónimos de calidad de vida (Ware, 1987, 1991).

En el siguiente apartado, se profundizará en el sentido original del concepto de CVRS, surgido en un intento de delimitar los resultados relevantes de las investigaciones en ciencias de la salud, de las investigaciones sociológicas sobre bienestar subjetivo y satisfacción desarrollados sobre la población general sana; y se analizarán las relaciones establecidas con la percepción de salud.

2.2.4. LA PERCEPCIÓN DE SALUD COMO UNA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La mejora de la calidad de vida de las poblaciones es la meta principal y más importante de la salud pública (Patrick y cols, 2000). Sin embargo, y a pesar de su gran relevancia, se trata de un concepto difícil de definir al estar sujeto a numerosas interpretaciones. Sus múltiples significados reflejan el conocimiento, la experiencia y los valores particulares de cada individuo. Para algunos, la CV supone belleza, para otros la satisfacción de tener una familia unida o una comprensión espiritual de la existencia. Otros, que están padeciendo una enfermedad o una discapacidad, ven la CV centrada en su enfermedad o en sus efectos. A menudo, la CV se utiliza como sinónimo de bienestar y de felicidad, e incluso este término para algunos autores se equipara a satisfacción con la vida (Nordenfelt, 1991; Veenhoven, 1984).

La riqueza semántica de CV, y que en última instancia remite siempre al plano individual, tiene mucho que ver con las diferentes tradiciones de investigación (la psicología, las ciencias sociales y de la salud) en las que se desarrolla su estudio (Schwartzmann, 2003), y como señalan Minayo, Hartz y Buss (2000), los diferentes marcos de referencia a nivel histórico, cultural y de estratificación social en los que se encuadra (Tabla 8).

Tabla 8: Contextualización diacrónica de las definiciones de felicidad, bienestar y calidad de vida

FELICIDAD	BIENESTAR	CALIDAD DE VIDA
Preindustrial.	Industrial.	Postindustrial.
Espiritualidad.	Materialidad.	Reconocimiento de los bienes materiales y los inmateriales.
Subjetividad.	Objetividad.	Subjetividad más objetividad. Búsqueda del equilibrio entre la libertad individual y los vínculos colectivos.
Microsocial-local.	Microsocial-global.	Tolerancia entre lo local y lo global. Búsqueda de lo complementario entre lo micro y lo macro.
Autonomía de la ética.	Autonomía de la economía.	Autonomía de la política.

Fuente: Alguacil (1999)

Desde una perspectiva histórica, el término CV emerge tras la segunda guerra mundial como un campo de investigación de las ciencias sociales que estaba limitado en aquel momento al estudio de determinantes sociales y económicos del bienestar material. Durante los años 50 y principios de los 60 se producen un creciente interés por conocer el bienestar humano y una preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad que hacen surgir la necesidad de medir esa realidad a través de datos objetivos. Según Reimel y Muñoz (1990) su uso fue popularizado en esos años, en el marco de los estudios de opinión pública del economista norteamericano Galbraith, basado en indicadores objetivos de personas que buscaban un sitio mejor para residir. El término CV aparece en los debates públicos asociado a las condiciones medioambientales y al deterioro de la vida urbana.

Progresivamente, y a medida que los estudios demuestran la compleja relación entre los indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas del mismo, las ciencias sociales inician el estudio de los indicadores que permiten evaluar el bienestar individual vinculado al bienestar social de la población (Gómez-Vela y Sabeth, 2007). A partir del desarrollo de los indicadores socioeconómicos, a mediados de los años 70 e inicio de los 80, las líneas de investigación en el campo social divergen, y el estudio del bienestar social, centrándose en indicadores de tipo exclusivamente objetivo, se separa del análisis de la CV, que integra y se concentra en los indicadores de tipo subjetivo (Aróstegui, 1998).

En los años 80 el tema de la calidad se consolida como objeto independiente de investigación social. Una de sus primeras aplicaciones en el ámbito organizacional se da en el entorno hospitalario, en el que se empiezan a considerar cuestiones como la satisfacción, la gestión total y los estándares de calidad. En la década de los años 90 se produce la verdadera integración de la CV dentro del campo de las ciencias de la salud (Schwartzman, 2003). Surge el término de CVRS, en un intento de incorporar el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Explícitamente se reconoce que la percepción que la persona tiene sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus valores y creencias, de su contexto cultural e historia personal. El gran auge en el desarrollo de medidas de la CVRS, como manera de evaluar las tecnologías médicas actuales prestando atención a la salud funcional, psicológica y social del individuo, constituye en el contexto médico, una de las mayores innovaciones en las evaluaciones en salud (Guyatt, Feeny y Patrick, 1993).

En la actualidad, el avance empírico sobre la medición de estos términos (CV y CVRS) está siendo espectacular. En las búsquedas bibliográficas es posible encontrar una distinción clave: la CVRS y la CV más cercana al terreno del desarrollo socioeconómico (Spilker, 1996). No obstante, no se ha adelantado tanto en la integración de ambas perspectivas, si bien está claro el reconocimiento actual de la influencia que tienen los factores de índole socioeconómico sobre la salud, tal y como se expuso en el capítulo primero de la presente tesis.

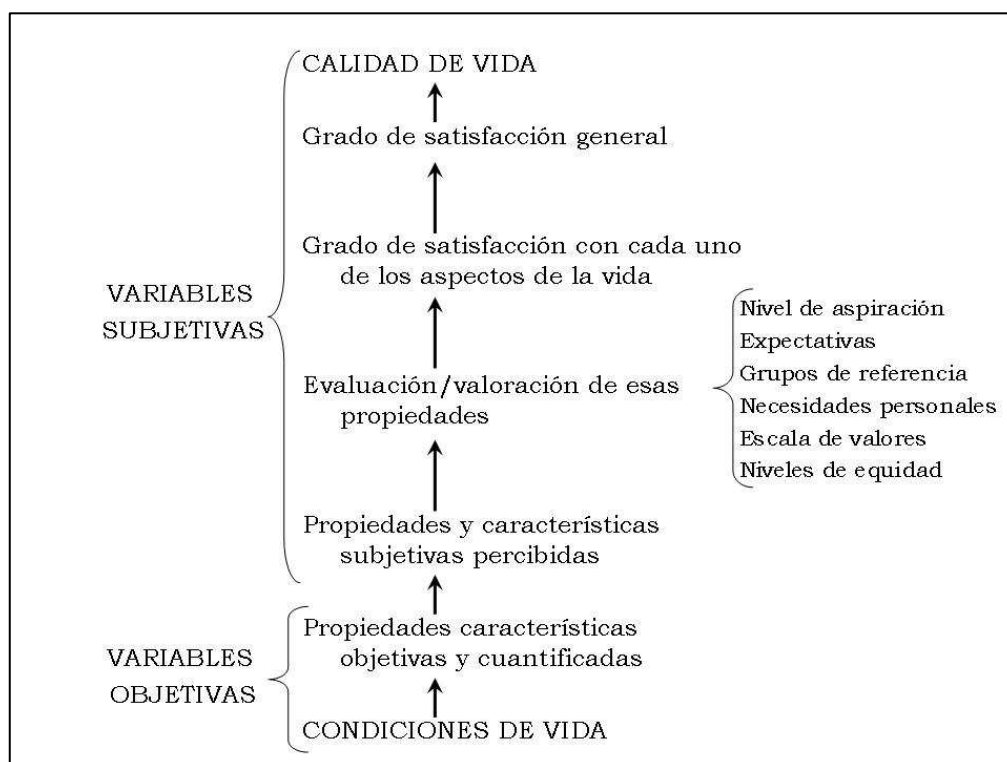
La literatura científica revela que existe una amplia variedad de significados de CV, definidos de manera explícita u operativa (a través de sus dimensiones). Por ejemplo, su medida en relación a capacidades y aptitudes integra: la capacidad para vivir una vida normal, la capacidad para vivir una vida socialmente útil, capacidades mentales y físicas, el alcance o logro de metas personales, la felicidad/afectos y la satisfacción con la vida (Ferrans, 1987, 1990a, 1992).

Las tres primeras dimensiones, - la capacidad para vivir una vida normal, la capacidad para vivir una vida socialmente útil y las capacidades mentales y físicas - no requieren de manera necesaria la evaluación personal de la experiencia de vida y podrían incluso no ser evaluadas por el propio individuo (por ejemplo, es posible observar si una persona desarrolla una actividad determinada). De manera complementaria el alcance o consecución de objetivos personales y la noción de logro reflejan las ideas de la autorrealización de Maslow (Edlund y Tancreti, 1985), y por lo tanto puede que no sean significativas para todos los grupos culturales, pero requieren necesariamente la respuesta individual.

Pese a su polisemia, la felicidad presenta un significado universal. Desde su concepción filosófica fue equiparada con el bienestar, y éste, a su vez, se ha asociado a términos tan dispares como: salud psicosomática (acepción médica), renta per cápita o nivel de vida desde un punto de vista económico y desde la visión política como el objetivo a cumplir para con los ciudadanos. No obstante, el uso actual del término felicidad implica una sensación o humor transitorio, mientras que la satisfacción implica un juicio de valor a largo plazo de las condiciones de vida. Es por este motivo que satisfacción es un término más adecuado y globalmente aceptado para la conceptualización de la CV, además de implicar una experiencia cognitiva que deriva del juicio de los determinantes vitales (Campbell, Converse y Rogers, 1976).

La combinación de estas consideraciones aporta múltiples posibilidades de aproximación, y desde ámbitos de estudio diferentes. Así, Blanco (1985), desde la psicología social, define la CV como “la satisfacción personal y colectiva con las condiciones objetivas en las que transcurre nuestra vida y la de las categorías sociales en las que nos integramos, y que va más allá de indicadores económicos (nivel de renta, posesión de bienes de consumo, etc.), incluyendo otros, tales como el índice de escolarización, disponibilidad de zonas de esparcimiento, accesibilidad a servicios de salud, etc., que hacen referencia fundamentalmente a la consideración del sujeto como persona, y no sólo como consumidor de bienes de consumo” (Figura 8).

Figura 8: Fases hacia la calidad de vida



Fuente: Blanco (1985, p.178)

Desde una perspectiva sanitaria aplicada al campo de la enfermería, Ferrans (1990b, p.15), define la CV como “el sentido de una persona de bienestar que es el resultado de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida que son importantes para ella”. De nuevo esta definición resalta la importancia del bienestar.

Blanco y Díaz (2005) inscriben el estudio del bienestar en un marco principalmente emocional que puede adquirir diversas denominaciones como felicidad, satisfacción con la vida o afectos positivos o negativos. Los autores consideran que vendría a ser el resultado de un balance global: el nivel de satisfacción que hace la persona de sus oportunidades de vida tales como los recursos sociales, personales y de sus aptitudes individuales, como del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta y de la experiencia emocional derivada de ello.

La satisfacción con la vida estribaría en el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida de forma positiva o, expresado en otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva (Veenhoven, 1994, p.91). En cambio, Blanco y Díaz sitúan el estudio del bienestar psicológico dentro de una tradición más reciente y con un interés más focalizado en el desarrollo personal, en el estilo de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y afán de conseguir las metas personales: trasciende la reacción emocional inmediata y el estado de ánimo como tal.

A pesar de la complejidad de estas consideraciones, se dispone de cierto consenso sobre qué aspectos deberían integrar la medida de la CV:

- La CV se define como un concepto subjetivo y como tal depende de la perspectiva individual (Osoba, 1994) y de la experiencia única de cada persona. Por ello la participación del sujeto es imprescindible en el juicio de lo que resulta significativo en su propia vida e incluso una misma persona puede cambiar lo que considera importante a lo largo de su ciclo vital.
- El concepto de CV invoca la noción de valor. Rene Dubos (1976) acuerda que “CV implica juicios de valor altamente subjetivos” y se iguala con “una satisfacción profunda derivada de las actividades de la vida diaria”. Para cualquier ciudadano, la CV es un aspecto de la máxima importancia y normalmente es la fuerza motriz que subyace a sus acciones.
- La CV es un concepto inclusivo que abarca aspectos tan diversos como “la salud, el matrimonio, la familia, el trabajo, la vivienda, la situación financiera, las oportunidades educativas, la autoestima, la competencia, el sentido de pertenecer a ciertas instituciones y la confianza en los demás” (Levi, 1982, pp. 6-7). Aspectos subjetivos y objetivos deben convivir en una única medida.

Se trata de un concepto de gran amplitud, subjetivo y carácter multifactorial, que se encuentra mediatizado por factores relacionados con la salud, el estado emocional y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales. Así, Campbell (1981) define doce dominios de la calidad de vida: comunidad, educación, vida en familia, amistades, salud, vivienda, matrimonio, nación, vecindario, el yo, el estándar de vida y el trabajo.

En este sentido, la División de la Salud Mental de la OMS impulsa a principios de los años 90 el proyecto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) para intentar establecer un concepto común universal de calidad de vida, y en su caso, construir una medida que pudiera ser utilizada para evaluar la calidad de vida de las personas que utilizan servicios sanitarios y sociales (Lucas-Carrasco, 2007). Fruto de este trabajo, se define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos y expectativas, sus normas e inquietudes”. De esta manera, se incorpora en el concepto de calidad de vida la salud física de la persona, el estado psicológico, los niveles de interdependencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales (WHO, 1993; WHOQOL, 1994).

Esta definición de calidad de vida es similar con la propuesta conceptual de salud de la OMS, e incluía para su medición la evaluación subjetiva (Gerin, Dazord, Boissel y Chifflet, 1992), y la dimensión positiva del bienestar, que hasta entonces no se contemplaba. Supone un intento más de aterrizar la definición utópica de la salud en un constructo medible en diferentes contextos interculturales y desde la perspectiva del cliente/paciente/sujeto de las intervenciones de salud pública.

En los últimos años, la investigación sobre CV ha incrementado de manera exponencial su rigor y sofisticación. No obstante, su progreso en el campo de la salud ha quedado ensombrecido por el hecho de que el término CV se ha aplicado para significar una gran variedad de acepciones como son estado de salud, función física, adaptación psicosocial, bienestar, etc. La amplitud de la noción de CV ha llevado a su confusión y solapamiento con el concepto más antiguo y específico del estado de salud. Aunque el estatus de salud y los servicios de salud influyen sobre la CV y pueden a su vez estar mediatizados por el entorno, no cada aspecto de la vida del ser humano es de manera necesaria un asunto relacionado con la salud o con la sanidad (Patrick y Erickson, 1993).

La cuestión no es sencilla y, de hecho, no se dispone de acuerdo científico sobre la distinción entre lo que si está o no está relacionado con la salud al hablar de CV. Por ejemplo, los condicionantes ambientales pueden parecer ajenos a la valoración de la propia salud. Sin embargo, la calidad del aire, y en concreto su polución contribuye a las enfermedades respiratorias crónicas, y los inviernos prolongados y con falta de claridad contribuyen al desorden afectivo estacional. Además, en las enfermedades crónicas, casi todas las esferas de la cotidianidad están afectadas por la salud y, por lo tanto, se transforman en “relacionadas con la salud” (Guyatt y cols, 1993). Así, los enfermos pulmonares obstructivos crónicos ven dificultadas áreas de su vida como son el trabajo, los recursos económicos de los que disponen, sus posibilidades de ocio, sus relaciones sociales y su ámbito familiar. Esta interdependencia es evidente cuando una persona está seriamente enferma, con amenaza para su vida, y recibe un tratamiento. En estos casos la salud puede igualarse a CV. Desde la perspectiva tanto del que está enfermo como del que lo atiende, el estado de salud puede impactar en todos los aspectos de metas, expectativas y valores del individuo.

Como ya se señaló en la operativización de la definición de salud y la tabla 7, tratando de establecer esta especificidad se introduce el término CVRS. De esa manera, el término CVRS excluye elementos de la CV que no se consideran relacionados con la

salud, como son aspectos culturales, políticos y sociales (como por ejemplo, la calidad del medio ambiente, el estándar de vida, el transporte, la libertad política o los servicios culturales).

Patrick y Erickson (1993, p.22) definen la CVRS como “el valor asignado a la duración de la vida modificada por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social, que están influidas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento médico o las políticas sanitarias”. Este valor es individual y depende de la percepción subjetiva de cada individuo y de su entorno político, social y económico.

La definición cubre cinco conceptos o dominios de gran amplitud: supervivencia, síntomas, estado funcional, percepciones y capacidad de recuperación de una persona u oportunidad (resiliencia). La CVRS combina la duración de la vida y la calidad en un solo valor (lo cuantitativo y lo cualitativo).

Sin embargo y como se puede observar, deja a un lado, al menos de una manera explícita, la palabra “bienestar”. La definición de Patrick y Erickson (1993) viene a concordar con lo que diferentes autores (Auquier, Simeoni y mendizábal, 1997; Gianchello, 1996) coinciden en señalar como los conceptos fundamentales que integran la CVRS: la percepción general de salud o salud percibida, las funciones social, psicológica y física, así como los daños relacionados con ellas.

La salud percibida aporta la evaluación global de la salud, y de alguna manera incorpora el resto de conceptos o dominios que forma parte de la definición de CVRS, sirviendo como un resumen de las percepciones individuales de la persona de aspectos tanto de naturaleza objetiva como subjetiva de la salud (Liang, 1986).

La salud percibida contribuye sobremanera a la CV percibida de las personas (Patrick y cols, 2000). Berglan y Narum (2007), en un estudio cualitativo desarrollado entre un grupo de población noruego (n=282) con el objetivo de aclarar lo que significaba el concepto CV para las mujeres mayores de ese país constataron los siguientes resultados. El 68% de las participantes mencionó la buena salud, por encima de las buenas circunstancias económicas (22,3%) y la importancia de vivir en su propio piso o casa (14,9%). La preponderancia de esta percepción sólo fue superada por la necesidad de desempeñar una adecuada función social (82,3%).

Por lo tanto, la percepción general de salud no sólo guarda una fuerte analogía con el concepto de CV en la integración de lo subjetivo con lo objetivo, sino que en su papel de mediador entre el estado funcional de la persona y su CV se constituye como un fuerte indicador de la misma y del bienestar subjetivo (Tremblay, Dahinten y Kohen, 2003; Vingiles, Wade y Seeley, 2002). Al igual que la CV, la percepción de salud sirve como resumen de la valoración del individuo de aspectos diferentes objetivos y subjetivos. No sólo refleja las condiciones o el estado fisiológico de la persona, sino también el nivel de ajuste emocional, desarrollo de capacidades e incluso el crecimiento personal de la misma (Watson y Pennebaker, 1989).

Es por este motivo que, más allá de sus relaciones con la mortalidad y el estado de salud objetivo (examen físico, condiciones crónicas, estatus funcional, depresión, etc.), la percepción general de salud puede ser visto como un importante indicador psicosocial

de la salud (Heistaro, Jousilahti, Lahelma, Vartiainen y Puska, 2001), sugiriendo una posible vía de intervención. Si como han demostrado diferentes estudios (Borawski, Kinney y Kahana, 1996; Idler, 1993a), el tener una visión optimista o positiva sobre la propia salud favorece la adopción de comportamientos saludables, la recuperación precoz, el bienestar físico y emocional y aumenta incluso la longevidad; reforzar las percepciones y las actitudes positivas hacia la propia salud es probable que proteja de las consecuencias emocionales negativas de los problemas físicos de salud.

La incorporación de la valoración de la percepción de salud, la CV y la CVRS en las ciencias de la salud asume la necesidad de implementar estrategias encaminadas a la promoción de la salud para la mejora y desarrollo de la población. Es precisamente en el contexto de la atención primaria de salud, en donde los problemas sociales, mentales y psicosociales se están volviendo más pronunciados en los actuales patrones de enfermedad. El estudio de la percepción de salud puede resultar una herramienta especialmente útil (Undén y Elofsson, 2001) de cara a compartir una visión más holística del paciente y los problemas de la comunidad.

Asimismo, estos tres conceptos han adquirido relevancia como propuestas alternativas para la evaluación de los pacientes, la clasificación de su enfermedad y la respuesta al tratamiento. La ciencia médica ha de asumir que es su tarea el optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción del bienestar, a través de intervenciones psicosociales cuando sean necesarias, dentro de los tratamientos habituales. Sería el caso, por ejemplo de poner pisos de acogida a disposición de los enfermos oncológicos que se desplazan fuera de sus lugares de origen para recibir un determinado tratamiento. Se trata de una medida, que, sin ser una intervención directamente sanitaria, atenúa las consecuencias psicosociales de la enfermedad, y puede mejorar tanto la percepción de la salud como la CV y la CVRS.

La tabla 9 sintetiza la utilidad de las medidas generales de percepción de salud en ciencias de la salud.

Tabla 9: Utilidad de las medidas generales de percepción de salud en ciencias de la salud

1.- Monitorización de la salud de las poblaciones.
2.- Detección de las desigualdades en salud entre poblaciones potencialmente vulnerables, como por ejemplo, mujeres, ancianos y discapacitados.
3.- Determinación de los efectos mediadores y/o moderadores en salud en relación con otras variables.
4.- Determinación de la eficacia de un determinado tratamiento o intervención en salud.

Desafortunadamente, su aplicación dentro de un paradigma predominantemente biomédico hace que con frecuencia las medidas de la CVRS den un énfasis excesivo a las capacidades funcionales, acentuando la importancia de la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria y de desempeñar roles ocupacionales y sociales frente a la

valoración subjetiva del bienestar. De esta manera, estas medidas que se usarían bajo el disfraz de obtener las percepciones del paciente, en realidad actuarían preservando la supremacía de los juicios del profesional sanitario, lo que conduciría a la supresión de lo que se supone está bajo escrutinio.

Un ejemplo lo constituye el índice de Katz, desarrollado en 1958 (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963) para analizar la dependencia en las fracturas de cadera, y una de las escalas más utilizadas en la actualidad a nivel geriátrico o paliativo para evaluar el nivel de autonomía o dependencia funcional de una persona para la realización de seis funciones básicas: baño, vestido, uso del váter, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación. Este índice considera únicamente aspectos funcionales para definir el grado de dependencia, no teniendo en cuenta otros aspectos relevantes como son el grado de severidad de la enfermedad, el nivel de dolor percibido con el que se realizan las actividades, el impacto emocional de esa limitación o la disponibilidad de una vivienda adaptada o medidas adaptadas. Esta visión excesivamente medicalizada y funcionalista viene a limitar en muchos casos el desarrollo de una intervención más psicosocial.

Además, el modelo médico asume que hay un nivel óptimo de funcionalidad humana al que todo ser humano debería aspirar. Pero los juicios sobre las capacidades físicas y las habilidades tienen sólo una objetividad relativa. Es decir, la observación de que una persona A no puede caminar tan rápido como una persona B es únicamente la constatación de un hecho. Pero si con ello extrapolamos que la persona A tiene una peor CV que la persona B, se podría dar lugar a implicaciones normativas en todo caso inadmisibles. Asumir que una persona con discapacidad o un anciano tiene una CV peor que una persona joven o una persona sin discapacidad supone reforzar los estereotipos que subyacen bajo prácticas discriminatorias (Leplègue y Hunt, 1997).

La excesiva carga de preguntas relacionadas con la funcionalidad que muestran algunas herramientas de CVRS, centradas en si la persona puede caminar, subir y bajar escaleras, cargar con las bolsas de la compra o agacharse o arrodillarse, provocan sesgos discriminatorios hacia grupos de población como pueden ser los usuarios de sillas de ruedas (lesionados medulares, parálíticos cerebrales,...), que inevitablemente responderán a esas preguntas de manera negativa, redundando en una puntuación anormalmente baja de su estado de salud y contribuyendo a perpetuar el estereotipo de discapacidad como enfermedad (Krahn, Fujiura, Drum, Cardinal, Nosek, 2009).

Otro aspecto controvertido del término CVRS, y que ya se ha apuntado al introducir el estudio del concepto, es que asume que las personas pueden diseccionar la CV en sus componentes relacionados y no relacionados con la salud. Es decir, que las personas son capaces de analizar su salud de manera aislada, separándola de otras facetas de su vida. Esta visión tiende a simplificar las interconexiones de la salud con otros aspectos de la existencia, como son cambios en los ingresos, el estatus de trabajo, las relaciones personales, las estrategias personales de afrontamiento, las responsabilidades y la autoimagen. El paradigma médico dominante falla al no tomar en consideración estas posibles interconexiones entre los factores sanitarios, no sanitarios e individuales que juegan un papel relevante en las complejas relaciones que existen entre los determinantes de salud y la CVRS. No cabe duda de que estas cuestiones remiten a la difícil tensión entre: a) la necesidad de contar con herramientas específicas y operativas

de medida, fiables y válidas y b) el requisito de dotarlas de sentido vital, integrador y personalizables.

Se dispone de diferentes aproximaciones a lo que se entiende por CV y CVRS. A esto se añade el hecho de que gran parte de la confusión existente se produce por la falta de modelos que establezcan las relaciones causales entre los diferentes elementos de la CVRS y sus determinantes.

En general, los esfuerzos de conceptualización realizados han permitido ampliar el alcance de la CV, dotándolo de un significado multidisciplinar y una perspectiva global de salud. Sin embargo, la identificación de los dominios que la integran no se muestra suficiente, ya que por ejemplo, el dominio físico puede referirse aspectos diferentes como son los cambios fisiopatológicos, síntomas, déficits funcionales y el estado percibido de salud. De este modo, muchos de los instrumentos que se han generado para la medida de la CVRS se han centrado más en explicar las propiedades psicométricas (validez y fiabilidad) que en explicitar el modelo conceptual del que parten, contribuyendo a generar más confusión sobre el tema. A continuación se presenta un modelo con vocación integradora que intenta responder a estas cuestiones pendientes.

2.2.5. HACIA UN MODELO INTEGRADOR DE CVRS

Wilson y Cleary (1995) proponen un modelo conceptual de CVRS centrado en las relaciones que se establecen entre las diferentes esferas de la salud, basándose para ello en la teoría, su práctica clínica y los hallazgos de investigación. En este modelo (figura 9) se analizan las variables fisiológicas, los síntomas, el estado funcional, la percepción general de salud y la calidad de vida global de una persona. También recoge, aunque no desarrolla, la influencia de las características individuales y del entorno sobre las anteriores. De esta manera, el modelo pretende ser de utilidad en la formulación de estrategias para mejorar la función y la CVRS, en su conjunto.

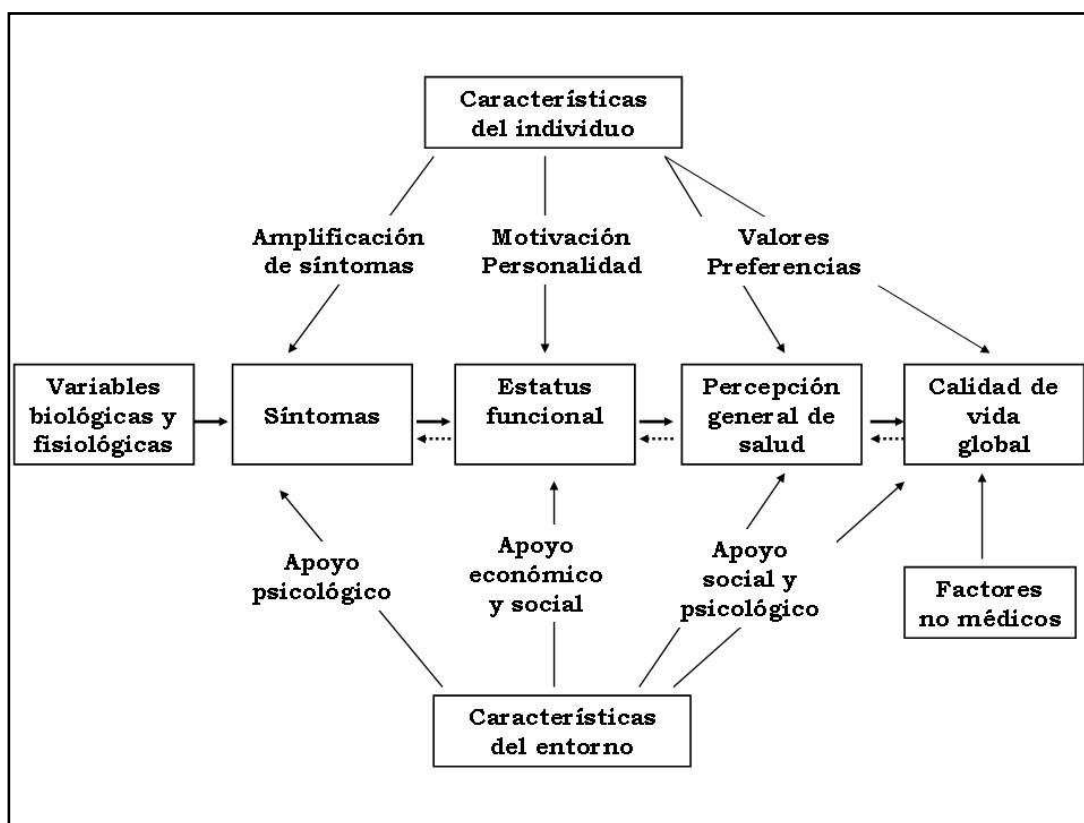
Las flechas indican las asociaciones causales dominantes entre las dimensiones a estudio en este modelo:

- El primer recuadro aglutina las variables biológicas y fisiológicas y se adentra en la función de células, órganos y sistemas. Poniendo como ejemplo la enfermedad arterial coronaria, las variables biológicas harían referencia al alcance de la estenosis a nivel vascular y las fisiológicas a las alteraciones en la fracción de eyección ventricular o las cifras de tensión arterial.
- El segundo representa los síntomas y hace referencia a los síntomas físicos, cognitivos y emocionales percibidos por el paciente. Siguiendo con el ejemplo, se podrían señalar el dolor torácico tipo angina y la disnea.
- El tercer cuadrado es el estatus o salud funcional que, definida como la capacidad de la persona de responder y adaptarse al entorno, engloba tanto la funcionalidad física como la psicológica y la mental. En el caso del cardiópata, estaría la incapacidad para la marcha, la limitación en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y la depresión y ansiedad.

- El cuarto, percepción general de salud, se refiere a la integración de todos los componentes anteriores que lo preceden, tal y como es valorado por el paciente.
- El quinto y último cuadrado, calidad de vida global, se refiere a la evaluación que hace el propio paciente de su vida, indicando hasta qué punto está feliz o satisfecho con la misma en su conjunto.

De esta manera, el modelo teoriza que las variables fisiológicas influyen en los síntomas de la persona que repercuten en la salud funcional y ésta a su vez en la percepción general de salud que finalmente modelará la calidad de vida. Las relaciones causales propuestas por los autores son unidireccionales (flechas continuas) si bien indican que el flujo o la influencia en sentido contrario podría ser posible y que la ausencia de flechas entre cuadrados no adyacentes no implica que las relaciones entre ellos no existan.

Figura 9: Relaciones entre las medidas de los resultados de salud en un modelo conceptual de CVRS



Fuente: Adaptada de Wilson y Cleary (1995)

Con posterioridad, diferentes autores han propuesto modificaciones que no alteran la esencia del modelo. Sousa y Kwok (2006) proponen la incorporación de nexos entre síntomas y percepción general de salud y síntomas y calidad de vida (uniones no recogidas en la figura). Osaba (2007) sugiere la posible interacción causal bidireccional entre síntomas, función, percepción de salud y calidad de vida (flechas punteadas), lo

que vendría a expresar que en ocasiones, la calidad de vida influiría sobre la percepción general de salud, que a su vez podría incidir en el estatus funcional y finalmente afectar a la expresión de algunos síntomas.

La relevancia de este modelo conceptual va más allá de ayudar a comprender las relaciones causales entre los diferentes conceptos relacionados con la salud y analizar los elementos que pueden impactar sobre la salud y la vida de las personas. De alguna manera, unifica los paradigmas biomédico y social. El primer componente del modelo, las variables biológicas y fisiológicas sólo pueden ser valoradas a través de indicadores objetivos, como una analítica o una radiografía de tórax. Son el tipo de variables en las que se apoya el paradigma biomédico, y que el modelo de Wilson y Cleary las considera el punto de partida del resto de elementos del modelo, los síntomas, el estado funcional, la percepción general de salud y la calidad de vida. Estos últimos, pueden ser valorados a través de medidas subjetivas, o informadas por la persona, lo que conduce hacia el paradigma social.

Además, el modelo integra el impacto que pueden ejercer las propias características individuales y las del entorno sobre los diferentes elementos de la salud. Ferrans, Zerwic, Wilbur y Larson en una revisión del modelo realizada en el año 2005, profundizan sobre estos componentes, utilizando para ello el modelo ecológico que explica las múltiples “esferas” de influencia del individuo y del entorno en la CVRS (Eyler, Wilcox, Matson-Koffman, Evenson, Sanderson, Thompson, Wilbur y Rohm-Young, 2002; McLeroy, Bibeau, Setckler y Glanz, 1998). El modelo ecológico indica cinco niveles de influencia:

- Factores intrapersonales (características del individuo).
- Factores interpersonales (sistemas de apoyo social formales e informales).
- Factores institucionales (organizaciones como las escuelas o prestación sanitaria).
- Factores comunitarios (relaciones entre las instituciones y las redes sociales informales en un área).
- Políticas públicas (leyes y políticas a nivel local, nacional y estatal).

Ferrans y cols (2005) consideraron los factores intrapersonales como características individuales y el resto como características del entorno.

Siguiendo esta clasificación y de acuerdo a Eyler y cols (2002), las características individuales abarcarían factores biológicos, demográficos, del desarrollo y psicológicos. Añadieron al modelo de Wilson y Clearly una flecha de influencia entre las características individuales y la función biológica (como ellos denominaron a las variables biológicas y fisiológicas del primer cuadrado). Esta nueva asociación es coherente con la evidencia epidemiológica que indica los enlaces entre ambos, a través de la identificación de atributos y comportamientos que pueden incrementar o disminuir la probabilidad de desarrollar un determinado problema de salud:

- Los factores biológicos engloban aspectos como el índice de masa corporal, el color de la piel y la historia familiar y se relacionan con enfermedades vinculadas a la genética y el riesgo de enfermedad.

- Los factores demográficos que de manera más frecuente se estudian en la incidencia de enfermedad son el sexo, la edad, el estado civil y la etnicidad. Aunque estas características demográficas resultan difícilmente modificables, son útiles para diseñar estrategias de salud hacia grupos diana. Por ejemplo, se sabe que las mujeres afroamericanas tienen una alta prevalencia de diabetes que aumenta con la edad. Al mismo tiempo, presentan mayores índices de obesidad y menores niveles de ejercicio físico que las mujeres caucasianas americanas, lo que incrementa más su riesgo de padecer diabetes y enfermedad cardiovascular (American Heart Association, 2005).
- El estatus de desarrollo en el ciclo vital es una característica individual particularmente importante a considerar cuando se trata de explicar los comportamientos relacionados con la salud y su efecto resultante en la función biológica. Por ejemplo, una mujer con niños pequeños a su cargo y poco tiempo libre para realizar un programa de ejercicio estructurado, podría ser receptiva a aprender maneras de mejorar sus actividades diarias en casa y en el trabajo con el fin de alcanzar beneficios cardiovasculares (función biológica).
- Los factores psicosociales (creencias y actitudes hacia la enfermedad, su tratamiento, respuesta afectiva, motivación), son dinámicos, modificables y sensibles a las intervenciones. Por ejemplo en la realización del ejercicio físico en hombres en riesgo (hipercolesterolemia) para la prevención del riesgo cardiovascular, los factores psicosociales pueden dar lugar a diferentes respuestas para la adopción de un estilo de vida saludable. Un hombre que la mayor parte de su vida ha sido obeso y sedentario, podría revivir con la práctica de ejercicio en un gimnasio la humillación que experimentó en la escuela cuando era forzado a participar en actividades físicas. A través de este proceso experimentaría una respuesta afectiva de ansiedad y falta de motivación para modificar su estilo de vida. Por el contrario, esta misma persona podría considerar el caminar como una actividad dentro de sus capacidades, favoreciéndole la motivación necesaria para empezar a cambiar su estilo de vida. En definitiva de lo que se trata es de que el individuo aprenda (respuesta cognitiva), mantenga (respuesta motivacional) una actividad física, como caminar a niveles moderados, que genera beneficio cardiovascular.

En relación a las características del entorno, Eyler y cols (2002) las clasifican en categorías sociales y físicas. Las características del entorno social hacen referencia a la influencia de la familia, amigos y proveedores de cuidados de salud (McLeroy y cols, 1998). Estos elementos pueden influir tanto sobre cuando y dónde se busca asistencia sanitaria y si se adhiere o no al tratamiento como sobre el propio proceso de rehabilitación de una enfermedad. El efecto de este entorno social está mediatizado de manera significativa por la herencia cultural individual. Por ejemplo, numerosos estudios han mostrado que las mujeres coreanas en Estados Unidos de América presentan índices muy inferiores en su participación en los exámenes clínicos de pecho y mamografías, frente a las mujeres caucasianas (Centers for Disease Control and Prevention, 1997; Chen, Diamant, Kagawa-Singer, Pourat y Wold, 2004). Además, las mujeres inmigrantes coreanas tienden a manifestar que el énfasis en su papel como madres en su tradición cultural no les permite atender sus propias necesidades (Im y Cloe, 2001).

Las características del entorno físico hacen referencia a espacios como la casa, el vecindario o el puesto de trabajo que influyen en los resultados de salud, positiva o negativamente. En el primer capítulo ya se ha señalado como vecindarios con carriles bici o campos deportivos propician la actividad física. En contraste, comunidades con alto índice de criminalidad, poca seguridad y altos niveles de polución medioambiental, conducen a lo contrario.

Una ventaja adicional del modelo de Wilson y Cleary es que facilita enormemente el análisis de las diferentes herramientas utilizadas para medir la salud, a través de los componentes que lo integran: síntomas y funcionalidad, percepción general de salud y calidad de vida. Poniendo como ejemplo un cuestionario de amplia difusión como es el Short Form Health Status Measurement – 36 (SF-36), y realizando un análisis de los ítems que lo integran siguiendo el modelo propuesto por Wilson y Cleary, es posible observar que el porcentaje más alto de preguntas hace referencia a la funcionalidad (un poco más de la mitad), seguidas de preguntas relacionados con los síntomas (casi un 30%) y finalmente la percepción general de salud (casi un 20%). No contempla ningún ítem que pregunte sobre relaciones de apoyo, condiciones de vida, valoración del contexto que se suelen incluir en la medida de la calidad de vida (Ferrans, 2007). Cabría cuestionarse en este momento porqué el SF-36 es una herramienta considerada de manera habitual en la literatura como de CVRS, si en realidad hace referencia a elementos de lo que se considera el estado de salud. En ese sentido, algunos autores críticos con este hecho proponen el uso más adecuado de “estado de salud subjetivo” a la hora de denominar este tipo de herramientas (Leplège y Hunt, 1997).

En el año 2011, el modelo de Wilson y Cleary había sido citado más de 1000 veces (Institute for Scientific Information) por autores que lo usaron de base para el estudio de diferentes poblaciones (tercera edad, cáncer, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardíaca, gástrica y VIH/SIDA). Muchos de estos estudios han venido a dotar de fundamentación empírica a este modelo teórico, al confirmar las asociaciones propuestas por los autores originales (Höfer, Benzer, Alber, Ruttman, Kopp, Schüssler y Doering, 2005; Sousa, Holzemer, Bakken y Slaughter, 1999; Ulvik, Nygard, Hanestad, Wentzel-Larsen, Wahl, 2008). Otros científicos lo han utilizado de manera segmentaria, analizando dimensiones del mismo como por ejemplo la influencia de los síntomas sobre la CVRS (Sousa y Williamson, 2003) o los factores que contribuyen a una percepción general de salud positiva (Bryant, Beck y Fairclough, 2000).

La necesidad de poner a prueba modelos integradores como el propuesto por Wilson y Cleary resulta de gran relevancia a la hora de planificar las políticas sanitarias en relación a la prevención de la enfermedad, promoción de la salud, el manejo de síntomas, la restauración de la función y el alivio de las enfermedades agudas y crónicas (Sousa y cols, 1999). Por ejemplo, en el caso de los fisioterapeutas, porque su intervención centrada en la mejora de la funcionalidad incide de manera importante sobre la percepción general de salud y el bienestar de la persona.

Sin embargo, el uso segmentador de estas medidas no avanza en la necesidad de diseñar instrumentos integradores. La medida de la percepción de la salud como indicador de calidad de vida ilustra este reto.

2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD

En una sociedad que cada día demanda más información sobre la salud poblacional para la evaluación de las políticas correspondientes, la investigación sobre servicios sanitarios, el desarrollo de ensayos clínicos y la práctica clínica diaria, es imprescindible el contar con las herramientas adecuadas para su valoración y medición. En los epígrafes precedentes de esta tesis se ha constatado como el desarrollo del concepto de salud en sus múltiples dimensiones es indisociable del desarrollo en las últimas cuatro décadas de instrumentos adecuados para la medición de resultados de salud. El consenso científico apunta a que dichas medidas deben contemplar su multidimensionalidad y permitir su valoración como un continuo, un estado que puede sufrir modificaciones a lo largo del tiempo. Debido a este paralelismo en su desarrollo no es de extrañar que, al igual que sucedía con los conceptos de salud y percepción de salud, el diseño de instrumentos para su medida no esté exento de debate.

En este epígrafe se expondrán la variedad disponible de instrumentos para la medición de la salud desde la perspectiva del individuo y su clasificación. Posteriormente se explicarán las características del cuestionario seleccionado en la presente investigación.

2.3.1. LA PERCEPCIÓN DE SALUD COMO RESULTADO AUTO-INFORMADO

En ciencias de la salud, al hablar de resultados informados por el paciente (*patient – reported outcomes*) se hace referencia a “cualquier tipo de informe que procede directamente del paciente sobre su condición de salud o su tratamiento” (Osoba, 2007, p.5). La distinción entre estos resultados y los informes generados por un observador reside en que los auto-informes se realizan directamente por el paciente sin la participación de otros agentes (ej. el personal sanitario).

Este tipo de medidas aportan información adicional sobre los efectos de un tratamiento o las percepciones del paciente, que no pueden ser adecuadamente valorados a través de ningún otro criterio objetivo o cualquier otra medida apuntada por un clínico. Por definición, son un tipo de resultados subjetivos, y por lo tanto, la puntuación otorgada por el paciente a su experiencia en relación a un tratamiento o enfermedad puede ser diferente, tanto en grado como en tipo, a las aportadas por otros profesionales.

La tipología de instrumentos disponibles es diversa. Por ejemplo, los auto-informes de síntomas, los de funcionalidad, los de percepción general de salud y los de CV y CVRS. La validez y fiabilidad deben ser requisitos psicométricos de estas medidas, a las que además y por definición se debería (Patrick, 2003):

- a) Incluir variables que sean relevantes e importantes al paciente.
- b) Excluir variables que no sean relevantes para el paciente.
- c) Priorizar los conceptos más importantes.

Por ejemplo, un cuestionario auto-informado para ser respondido por un paciente con asma debería incluir ítems relativos a síntomas, estatus funcional y percepciones. Es

decir aquellos que son considerados como de mayor importancia para que las personas que padecen asma puedan reflejar el impacto del trastorno y su tratamiento.

En ese sentido, se debe señalar a modo de crítica que en ocasiones se observa un cierto abuso en la solicitud al enfermo de que cumplimente un cuestionario que no refleja sus preocupaciones. Por ejemplo, se dispone de cuestionarios diseñados para la valoración de la CV en casos de epilepsia que se centran en la frecuencia y severidad de los ataques, la función física y el trabajo remunerado. Sin embargo, estudios cualitativos realizados con personas afectadas de epilepsia han mostrado que su principal preocupación se relaciona con el hecho de ser etiquetados de “epilépticos” y sufrir el sentimiento de “estigmatización” por ese hecho. Esto les lleva a ocultar su condición y evitar situaciones que podrían ponerla de manifiesto. La severidad y la frecuencia de los ataques les resultan de menor importancia (Scambler y Hopkins, 1990).

El interés por este tipo de medidas surge en Estados Unidos, con el objetivo inicial de analizar los resultados de salud sobre la población general ante diferentes intervenciones sanitarias y evaluar así su grado de eficacia. Es en este país en donde empiezan a sistematizarse en la década de los 70 los primeros instrumentos o medidas que tratan de reflejar la salud desde la perspectiva del paciente/usuario, y que recogen la información a través de cuestionarios o entrevistas, en vez de la instrumentación u observaciones clínicas empleadas hasta el momento. De hecho, la mayor parte de las medidas existentes en relación con la percepción de salud y la calidad de vida relacionada con la salud son desarrolladas en países anglosajones, posiblemente por su mayor desarrollo económico y su tradición más empirista y utilitarista (economicista). De ahí son posteriormente adaptados para su utilización en diferentes países del mundo, tras someterlos a un proceso sistemático de adaptación lingüística que los adecue a las características de la cultura autóctona, y la realización de estudios de validación de la nueva versión.

El hecho de tratarse de mediciones basadas en las percepciones individuales de la persona, y por tanto en su subjetividad, arrojaba serias dudas sobre su empleo como medida objetiva de la salud. ¿Es posible que una medida altamente dependiente de un proceso cognitivo, como es la autovaloración de la salud, proporcione una información fiable? ¿Cómo puede una medida global y subjetiva funcionar tan bien como predictor de la salud? Estos interrogantes se han despejado gracias al esfuerzo realizado por los investigadores y el progresivo desarrollo de herramientas con unas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez que no dejan lugar a dudas sobre su objetividad y reproductibilidad. En la actualidad se dispone de cuestionarios cuyos coeficientes de fiabilidad son comparables e incluso superiores a los de medidas objetivas, y que además discriminan de forma precisa la población a lo largo de un rango de salud continuo. A pesar de ello, aún es posible encontrar profesionales reticentes a su uso en el ámbito de la práctica clínica.

Los conceptos de estado de salud y su medida difieren en términos de su objetividad/subjetividad. De manera general, la diferencia se basa en hasta qué punto la variable es observable versus hasta qué punto hay que realizar una inferencia para interpretarla. En el área de la salud física las variables objetivas incluyen si la persona se puede vestir sin asistencia, caminar o correr. Una alternativa subjetiva de puntuación consiste en pedir a la persona que califique de manera global su condición física. Los

índices de percepción de salud son, por definición, más subjetivos que objetivos. No se describen en términos de comportamientos que puedan ser observados directamente, como puede el hecho de haber pasado un día en la cama por enfermedad.

Además de proporcionar una visión perspectiva integral de la salud de la persona, estos instrumentos también ayudan a comprender la difícil relación entre la capacidad funcional y la percepción de salud del individuo, que no siempre resulta congruente. Es decir, no siempre existe una relación positiva entre los cambios biológicos y fisiológicos que se producen en un individuo fruto de una enfermedad determinada o su tratamiento, con la valoración que éste infiere de su estado.

Un ejemplo claro lo constituye el caso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), cuyo peso como problema de salud pública a nivel mundial ha motivado la creación en el año 1997 dentro de la OMS de un grupo específico para su estudio, la estrategia GOLD (Global Obstructive Lung Disease). En este tipo de trastornos se ha observado que determinadas intervenciones, como es el caso de la rehabilitación física a través del entrenamiento muscular, a pesar de no producir cambios en los parámetros funcionales que clasifican la enfermedad, - los flujos forzados -, si genera mejoras significativas en la percepción de calidad de vida de los enfermos, evaluada a través de cuestionarios específicos como el St. George. De hecho, en la actualidad la mayor parte de los estudios clínicos que se desarrollan en este campo integran en su metodología una herramienta para valorar la calidad de vida relacionada con la salud, junto con otras para evaluación de parámetros más funcionales como las escalas de valoración de la disnea o las pruebas de esfuerzo. En el año 2008 Bensten, Henriksen, Wentzel-Larsen, Hanestad y Wahl demuestran que los síntomas presentan más impacto para la valoración del estado de salud subjetiva que las variables demográficas y fisiológicas o la propia función física.

De nuevo diversidad, riqueza y dispersión se dan la mano a la hora de conceptualizar y medir un indicador de la salud que se resiste a su compartimentación. En el siguiente epígrafe se sistematiza dicho debate.

2.3.2. CLASIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL ESTADO DE SALUD

A la hora de clasificar los instrumentos de medida del estado de salud, es posible hacerlo atendiendo a diferentes criterios: el ámbito de aplicación, su contenido y su estructura (Tabla 10).

Tabla 10: Clasificación de los instrumentos de medida del estado de salud

a) Según el ámbito de aplicación	- Cuestionarios genéricos - Cuestionarios específicos
b) Según el contenido	- Estatus funcional - Bienestar emocional - Percepción general de salud
c) Según su estructura	- Perfiles de salud - Medidas de utilidad

a) Según el ámbito de aplicación pueden clasificarse en genéricos o específicos (Güell y Morante, 2004; Patrick y Erickson, 1993):

- Los cuestionarios genéricos se han desarrollado para ser utilizados en poblaciones con características diferentes. Son independientes de la existencia de una enfermedad y cubren un amplio margen de dimensiones de la salud. De hecho, según Brooks (1995) una medida genérica debería tratar de abarcar como mínimo las funciones física, mental y social. Gracias a su amplitud temática permiten comparar poblaciones distintas, además de detectar problemas o efectos inesperados. Sin embargo, conllevan el inconveniente de que por dicha amplitud decae más fácilmente el interés de la persona a la que van dirigidos, lo que puede llevar a una pérdida de información y de sensibilidad.
- Los cuestionarios específicos son diseñados para su utilización en pacientes con un problema concreto de salud, como puede ser el Parkinson. Al analizar el síntoma de una enfermedad resultan más cómodos y significativos para el paciente, que reconoce todas las preguntas como algo directamente ligado a su enfermedad y ofrecen una mayor sensibilidad para detectar cambios.

La selección de un tipo de cuestionario frente a otro dependerá en gran medida del tipo de estudio que se desee realizar. En el caso de esta tesis, orientada hacia el estudio de una comunidad se ha seleccionado un instrumento de tipo genérico, el Cuestionario de Percepción de Salud (CPS – 81), que permite su aplicación transversal sobre una población a priori “sana”.

b) Según su contenido, la mayoría de las medidas autoinformadas del estado de salud pueden clasificarse en una de las siguientes categorías principales: estatus funcional, bienestar emocional y percepción general de salud (Ware, 1991):

- El estatus funcional incluye la valoración de la discapacidad, y se refiere a dificultades en una actividad determinada o en un comportamiento como consecuencia de los problemas de salud. Es una categoría concreta, observable, tangible y objetiva de las medidas de salud. Para su valoración, se utiliza un estándar externo al individuo, como una actividad rol habitual (ejemplo, el trabajo), caminar a cierta velocidad o actividades habituales del autocuidado (por ejemplo, asearse, vestirse) (Figura 10). Dentro de la conceptualización de la salud, el estatus funcional es la categoría preferida y mejor entendida, posiblemente por ser la más objetiva u observable.
- El bienestar emocional incluye aspectos como el sufrimiento psicológico, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida (figura 11). Esta categoría no es posible observarla externamente, de tal manera que es necesario preguntar a la persona. No obstante, se ha demostrado que es factible su medición de forma fiable y añade una perspectiva completamente diferente a la derivada de la valoración del estatus funcional.
- La percepción general de salud incluye medidas referentes a la evaluación personal que el sujeto hace de su propia salud en función del concepto que tiene de la misma. Por ello, y como característica diferencial, se pregunta de manera

explícita al encuestado sobre su “salud” personal. En ese sentido contrastan con las categorías anteriores basadas en descripciones del comportamiento o sensaciones pero que en ningún momento utilizan la palabra “salud” (preguntan sobre la posibilidad de hacer algo, como puede ser la capacidad de subir escaleras, como medida de salud física; o bien sobre cómo se siente una persona, por ejemplo si se siente deprimido como medida de la salud mental) (figura 12).

Figura 10: Preguntas sobre estatus funcional del cuestionario SF-36

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en su día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. Si es así, ¿cuánto?					
	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada		
a. <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
b. <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
d. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
e. Subir <u>un solo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
f. Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
g. Caminar <u>un kilómetro o más</u> .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
h. Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
i. Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas [por ejemplo, le costó más de lo normal]?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Fuente: Güell y Morante (2004, p.72)

Los cuestionarios de percepción de salud incorporan la palabra salud y preguntan directamente sobre ella. Este matiz en la pregunta permite explorar los valores que cada persona asume en relación con la salud, y que pueden presentar una orientación cercana hacia la dimensión física o hacia la dimensión mental o ambas. La multiplicidad de estudios cuantitativos y cualitativos desarrollados en este sentido parecen converger en la conclusión general de que si bien la mayor parte de los encuestados apuntan al predominio de la salud física, una minoría importante comparte una definición más amplia de salud, incluyendo componentes mentales, sociales e incluso espirituales (Bjorner y cols, 2005). Por ello, las preguntas no se centran o focalizan en un solo aspecto de la salud, sea el físico, el mental o el social. Valoran un constructo subyacente a sus componentes específicos, como pueden ser la actitud de la persona hacia la salud personal, el nivel de salud necesario para alcanzar la satisfacción personal, el grado de preocupación por la salud, la percepción de la salud en relación al tiempo (presente, pasado y futuro), etc.

La mayor parte de los cuestionarios se presentan a través de un único ítem bajo la pregunta general: Puntúe su salud como “excelente”, “buena”, “regular” o “mala”. En ocasiones, la pregunta se formula para que se compare la salud con la de un grupo de referencia (ej. comparado con otros de su edad, ¿cómo valora su salud?) o con relación a un tiempo pretérito de referencia (ej. comparado a hace un año, ¿cómo puntuaría su salud ahora?), no habiéndose encontrado evidencia hasta el momento de la superioridad de un tipo de enunciado sobre otro.

Figura 11: Preguntas sobre bienestar emocional del cuestionario SF-36

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Fuente: Güell y Morante (2004, p.74)

También es posible utilizar escalas multi-item, que cubren dimensiones o subdimensiones como puede ser la negación del rol de enfermo, la actitud hacia la consulta médica o la preocupación por la salud, entre otros. En sus formatos originales, estas escalas se diseñaron como escalas múltiples, si bien los análisis psicométricos posteriores han demostrado la posibilidad de reducir el número de conceptos implicados, y la posibilidad de integrarlos en un índice único (Bjorner y Kristensen, 1999) (como se ejemplificará más adelante a través del cuestionario CPS-81).

Figura 12: Preguntas sobre percepción de salud del cuestionario SF-36

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:					
	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Estoy tan sano como cualquiera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mi salud es excelente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Fuente: Güell y Morante (2004, p.74)

En función del cuestionario, se puede recoger una o varias de estas categorías. En general, si se pretende utilizar un cuestionario genérico sobre salud es recomendable que se incluyan al menos un mínimo estándar representativo de cada uno de los ejes o categorías (Ware, 1991). De hecho, la mayoría de cuestionarios que valoran la CVRS así lo hacen (EuroQol 5-D, SF-36, Perfil de salud de Nottingham) (tabla 11). No obstante, cuestionarios más específicos se interesan de manera concreta por alguna de ellas, como es el caso del Cuestionario de Salud General de Goldberg, como medida general del bienestar psicológico libre de contexto, o el Cuestionario de Percepción de Salud (CPS-81) empleado en la presente tesis, como síntesis de la evaluación global del estado de salud de una persona.

- c) Según su estructura, los cuestionarios pueden ser de dos tipos: de perfiles de salud o de medidas de utilidad (Garratt, Klaber y Farrin, 2001). Esta diferenciación es una expresión de las diferentes escuelas existentes en relación a la medida de la salud desde una dimensión biopsicosocial, que si bien coinciden en asumir el carácter multidimensional de la salud, plantean soluciones diferentes a la hora de expresar los resultados de salud (EuroQoL Group, 1990):

- Los partidarios de los perfiles de salud plantean que al ser la salud multidimensional, la única manera posible de medirla es mediante la valoración independiente de cada dimensión o dominio, creando así un perfil de salud con las diferentes puntuaciones. Expresado en otros términos, los defensores de esta línea de pensamiento consideran que no es posible mezclar la medida entre las dimensiones o dominios de la salud (Hunt y McEwen, 1980; Ware y Brook, 1979), puesto que sería muy difícil establecer la contribución de las diferentes dimensiones a un único índice, dificultando la interpretación de los cambios o tendencias en el mismo. Una persona puede valorar su estado de salud de distinto modo en momentos diferentes, al igual que diferentes personas pueden asumir preferencias diversas que pierden valor si se agrupan. Los ítems en los cuestionarios tipo “perfil de salud” son puntuados y sumados para reflejar las dimensiones de manera individual, por ejemplo la función física, la salud mental o las limitaciones de rol. Ejemplos de este tipo de cuestionarios son el SF-36 (figura 13), el Perfil de impacto de la enfermedad (*Sickness Impact Profile*). Algunos de estos cuestionarios aportan además un índice sumario o resumen global de salud.

En el caso de la población española, Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez y de la Fuente publicaron en el año 1998 los valores poblacionales de referencia para las diferentes dimensiones del SF-36, por grupos de edad y sexo (Tabla 12). Más recientemente, Vilagut, Valderas, Ferrer, Garin, López-García y Alonso (2008) establecieron las normas poblacionales de los componentes sumario físico y mental, por grupos de edad y sexo, lo que permite reducir el número de comparaciones estadísticas a la hora de realizar estudios poblacionales (Tabla 13).

- Los partidarios de la utilización de las medidas de utilidad consideran que la persona tiene que sopesar los diversos atributos de la salud para determinar cuál, en definitiva, prioriza. Con el resultado de esta evaluación debería ser posible elicitar un índice único del estado de salud (Fanshel y Bush, 1970; Torrance, 1986). Se trata de instrumentos que incorporan valores añadidos a los estados de salud individuales y expresan el estado de salud como un índice único. Es el caso del EuroQoL, que para la población española puede arrojar un valor que oscila entre 1 (mejor salud) y - 0,1304 (peor salud) (Zamora, Kovacs, Abairra, Fernández y Lázaro, 2006).

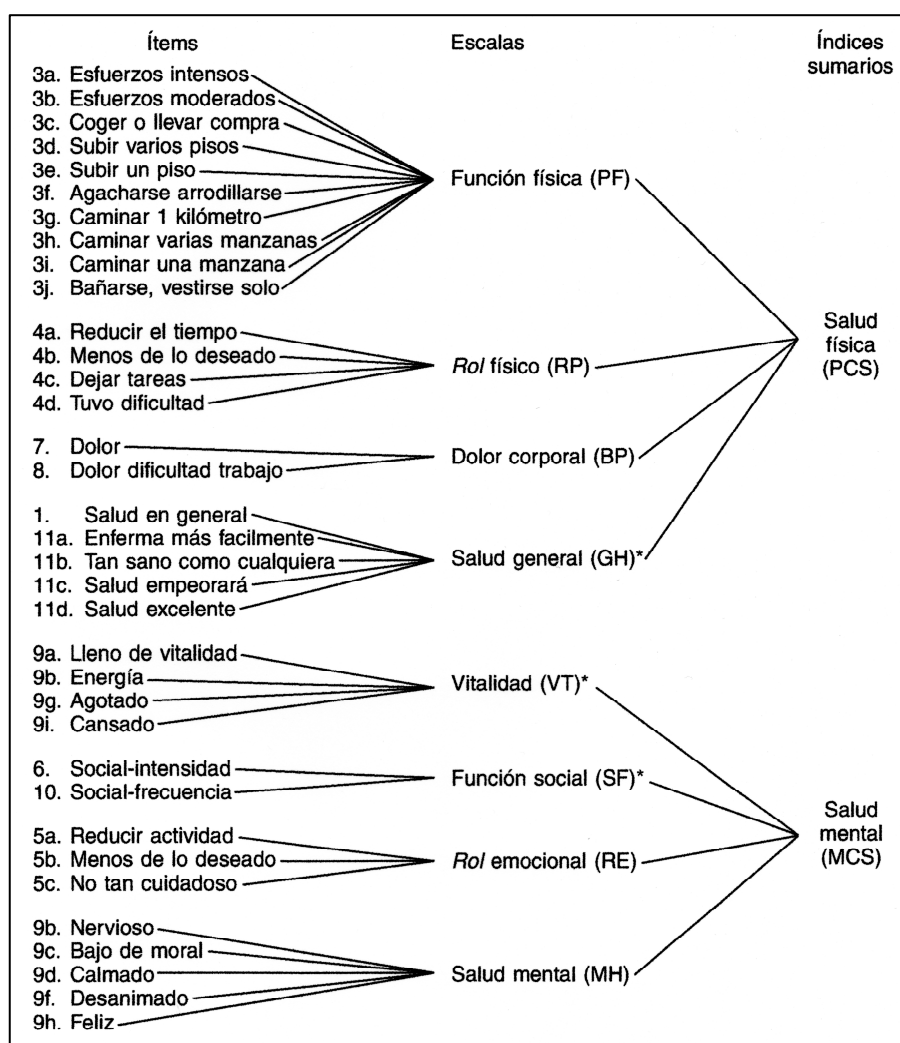
Tabla 11: Diferentes dimensiones de las preguntas del cuestionario Perfil de salud de Nottingham

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	DIMENSIÓN
Los días se me hacen interminables	SI NO	Energía
Tengo dolor constantemente	SI NO	Dolor
Me cuesta mucho dormirme	SI NO	Sueño
Creo que no tengo a nadie en quien confiar	SI NO	Aislamiento social
Las preocupaciones me desvelan por la noche	SI NO	Reacciones emocionales
Sólo puedo andar por casa	SI NO	Movilidad física

La gran ventaja de este tipo de instrumento es que aportan un único valor, necesario para relacionar e interpretar los estudios de coste-efectividad. En realidad se trata de medidas fuertemente apoyadas en un modelo económico, que incorporan la noción de “años de vida ajustados por calidad”, bajo la presunción, que no deja de ser subjetiva, de que una persona en caso de poder escoger, elegiría una vida más corta acompañada de un estado de salud satisfactorio, a una vida más larga con un discapacidad importante o no confortable.

El modelo se puede criticar por su carácter normativo y el artificio de preguntar sobre lo que la gente piensa que haría bajo circunstancias especiales, y no lo que harían en el momento actual y en el mundo real. Por ejemplo, el EuroQol-5D dispone de un módulo específicamente diseñado para establecer los valores de preferencia individuales de los sujetos para los estados de salud hipotéticos, incluidos el estado “inconsciente” y “muerte”, pero evidentemente los encuestados están en otra situación diferente a la presentada.

Figura 13: Taxonomía del SF-36 con sus variables, escalas (dimensiones) e índices sumarios: sumario físico e sumario mental



Fuente: Güell y Morante (2004, p.25)

Tabla 12: Valores poblacionales de referencia en los varones para la versión española del SF-36.

	Edad (años)						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥ 75
Función física							
P 5	90	90	65	50	25	5	0
P 25	100	100	95	90	75	50	40
P 50	100	100	100	100	90	80	65
P 75	100	100	100	100	100	90	85
Media (DE)	97,8 (8,9)	97,4 (10,0)	94,5 (14,2)	90,3 (17,1)	81,7 (23,5)	68,9 (27,6)	60,0 (28,4)
Rol físico							
P 5	25	25	0	0	0	0	0
P 25	100	100	100	100	94,6	75	75
P 50	100	100	100	100	100	100	100
P 75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	93,2 (22,9)	93,8 (22,3)	90,9 (28,0)	87,6 (30,4)	79,4 (38,4)	75,5 (40,4)	75,7 (41,0)
Dolor corporal							
P 5	51	51	36,6	21,2	12	22	10
P 25	84	84	72	62	61	61	52
P 50	100	100	100	100	100	100	84
P 75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	88,5 (20,2)	89,4 (19,8)	87,4 (22,3)	81,9 (26,0)	77,6 (30,2)	76,7 (28,4)	76,2 (28,8)
Salud general							
P 5	50	45	35	30	16,3	18,8	15
P 25	72	72	65	59,1	50	40	35
P 50	82	82	77	75	67	60	47,4
P 75	92	92	90	87	82	77	72
Media (DE)	79,7 (15,4)	78,6 (16,6)	74,5 (19,1)	70,9 (19,6)	63,2 (23,7)	57,5 (22,7)	51,0 (23,5)
Vitalidad							
P 5	45	45	40	30	20	20	15
P 25	65	65	60	60	50	45	40
P 50	80	75	75	75	70	65	60
P 75	90	90	85	90	85	80	75
Media (DE)	76,1 (17,0)	74,9 (17,5)	73,0 (18,5)	71,8 (21,0)	65,8 (24,7)	61,3 (23,0)	57,3 (24,7)
Función social							
P 5	62,5	75	62,5	62,5	37,5	37,5	0
P 25	100	100	100	100	87,5	75	75
P 50	100	100	100	100	100	100	100
P 75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	95,5 (12,4)	96,1 (11,4)	94,7 (14,6)	94,1 (15,6)	88,9 (21,0)	86,2 (22,5)	81,3 (28,8)
Rol emocional							
P 5	33,3	66,7	33,3	33,3	0	0	0
P 25	100	100	100	100	100	100	100
P 50	100	100	100	100	100	100	100
P 75	100	100	100	100	100	100	100
Media (DE)	93,9 (22,1)	95,4 (18,4)	94,7 (20,5)	94,6 (21,8)	91,4 (27,1)	87,0 (32,2)	88,0 (31,6)
Salud mental							
P 5	48	48	41,8	46,9	36	36	28
P 25	68	68	68	68	64	64	56
P 50	80	80	80	84	80	80	72
P 75	92	92	92	92	92	92	88
Media (DE)	78,6 (16,2)	77,9 (16,8)	77,7 (17,6)	77,9 (18,7)	75,4 (20,3)	75,3 (21,1)	70,3 (22,2)

DE: desviación estándar.

Fuente: Alonso y cols (1998, p. 413)

Rango de puntuación: 0 (puntuación mínima) – 100 (puntuación máxima)

El Anexo I recoge una tabla comparativa con ejemplos de diferentes tipos de cuestionarios genéricos. Se incluye el cuestionario WHOQOL-100 y el WHOQOL-Bref, a pesar de no ser estrictamente un cuestionario de valoración del estado de salud, pues como ya se señaló va más allá de las dimensiones clásicas de salud e incorpora otros dominios relevantes para la valoración global de la calidad de vida.

Tabla 13: Normas poblacionales de las puntuaciones sumario, por grupos de edad y sexo para la versión española del SF-36.

Grupos de edad		Total		Mujeres		Varones	
		CSF	CSM	CSF	CSM	CSF	CSM
18-24 años (n = 2.081) ^a	Media (DE)	54,80 (5,81)	50,22 (9,23)	54,58 (6,19)	48,92 (10,01)	55,02 (5,41)	51,47 (8,23)
	Percentil 5	41,98	29,73	41,50	25,76	44,05	33,52
	Percentil 10	47,69	39,67	46,91	35,47	48,58	42,93
	Percentil 20	52,10	45,49	51,61	43,46	52,45	47,50
	Percentil 30	53,81	48,54	53,48	46,96	54,21	50,12
	Percentil 40	54,99	50,44	54,76	49,19	55,21	51,49
	Mediana	56,05	51,84	55,78	50,75	56,22	52,97
	Percentil 60	56,79	53,75	56,61	52,49	56,95	54,47
	Percentil 70	57,51	55,43	57,40	54,56	57,53	55,82
	Percentil 80	58,45	57,46	58,53	56,68	58,41	57,80
	Percentil 90	59,96	59,51	60,21	59,45	59,69	59,53
	Percentil 95	61,52	60,13	61,85	60,13	61,23	60,13
25-34 años (n = 2.801) ^a	Media (DE)	54,42 (6,10)	50,58 (8,62)	53,87 (6,74)	49,62 (9,68)	54,96 (5,36)	51,53 (7,32)
	Percentil 5	41,26	32,89	39,44	27,92	44,56	38,80
	Percentil 10	47,08	40,83	44,64	37,23	49,23	43,58
	Percentil 20	51,93	46,19	50,93	44,69	52,75	47,22
	Percentil 30	53,73	48,80	53,05	47,88	54,33	49,61
	Percentil 40	54,95	50,73	54,42	50,00	55,35	51,31
	Mediana	55,77	52,39	55,43	51,88	56,09	52,90
	Percentil 60	56,52	53,87	56,31	53,58	56,74	54,20
	Percentil 70	57,27	55,37	57,13	55,03	57,36	55,60
	Percentil 80	58,19	57,04	58,10	57,05	58,28	56,96
	Percentil 90	59,55	58,92	59,59	59,05	59,54	58,92
	Percentil 95	61,08	60,01	61,47	60,10	60,62	59,97
35-44 años (n = 1.730) ^a	Media (DE)	52,80 (7,77)	50,48 (9,12)	52,12 (8,05)	49,33 (10,18)	53,52 (7,40)	51,68 (7,67)
	Percentil 5	34,50	30,61	34,96	26,22	34,37	38,75
	Percentil 10	41,43	39,73	40,05	34,75	45,72	43,36
	Percentil 20	49,95	45,19	48,17	43,83	51,85	46,47
	Percentil 30	52,60	48,12	51,29	47,22	53,49	49,30
	Percentil 40	54,02	50,58	53,16	49,59	54,69	51,23
	Mediana	55,09	52,56	54,37	51,80	55,56	53,24
	Percentil 60	55,96	54,09	55,51	53,46	56,35	54,69
	Percentil 70	56,73	56,03	56,52	55,49	56,91	56,41
	Percentil 80	57,62	57,55	57,57	57,40	57,70	57,66
	Percentil 90	59,12	59,29	59,39	59,14	58,89	59,36
	Percentil 95	60,67	60,10	60,86	60,13	59,88	60,09
45-54 años (n = 622) ^a	Media (DE)	50,15 (9,24)	50,58 (10,08)	49,16 (9,77)	48,95 (10,87)	51,16 (8,56)	52,24 (8,93)
	Percentil 5	28,22	27,77	27,77	23,68	32,41	38,58
	Percentil 10	34,84	38,58	32,56	32,88	37,72	43,30
	Percentil 20	45,25	46,06	42,59	43,62	47,21	49,00
	Percentil 30	49,42	49,67	47,49	47,40	51,19	50,71
	Percentil 40	51,60	51,32	50,36	50,36	52,78	52,41
	Mediana	53,12	53,09	51,98	51,88	54,12	53,91
	Percentil 60	54,59	54,45	53,78	53,68	55,05	55,30
	Percentil 70	55,52	56,15	55,21	55,22	55,78	57,01
	Percentil 80	56,57	57,72	56,42	56,94	56,70	58,39
	Percentil 90	58,19	59,58	58,23	59,12	58,01	59,97
	Percentil 95	59,45	60,54	60,20	60,12	59,35	60,81
55-64 años (n = 647) ^a	Media (DE)	46,68 (10,41)	49,28 (10,91)	45,87 (10,46)	47,55 (11,69)	47,68 (10,27)	51,40 (9,46)
	Percentil 5	24,63	26,44	24,20	24,25	25,39	28,37
	Percentil 10	31,38	32,91	30,25	31,19	32,04	42,16
	Percentil 20	38,46	42,22	37,89	39,64	39,19	46,87
	Percentil 30	43,07	47,19	42,32	44,27	45,18	49,73
	Percentil 40	46,53	49,73	44,88	48,15	48,36	52,11
	Mediana	49,44	51,88	47,54	50,06	51,63	54,01
	Percentil 60	51,91	54,17	50,19	52,61	53,11	55,35
	Percentil 70	53,64	55,77	52,49	54,99	54,47	56,51
	Percentil 80	55,24	57,57	54,34	57,10	55,87	58,07
	Percentil 90	57,00	59,97	56,92	59,94	57,15	60,13
	Percentil 95	58,91	61,35	59,37	61,69	58,52	61,10
65-74 años (n = 1.692) ^b	Media (DE)	44,82 (10,26)	49,70 (10,73)	43,21 (9,65)	47,29 (10,73)	46,54 (10,85)	52,29 (9,96)
	Percentil 5	24,54	26,91	23,43	23,39	24,90	33,13
	Percentil 10	28,85	33,25	27,79	29,22	30,27	40,19
	Percentil 20	35,32	42,67	33,14	37,79	40,16	46,74
	Percentil 30	41,04	47,03	38,33	44,28	44,33	50,21
	Percentil 40	44,58	50,13	42,35	47,77	47,02	52,85
	Mediana	47,57	52,68	45,27	50,15	49,04	54,49
	Percentil 60	49,60	54,72	48,19	52,47	50,90	55,98
	Percentil 70	51,61	56,30	50,52	55,09	52,94	57,49
	Percentil 80	53,77	58,25	52,52	56,78	54,59	59,17
	Percentil 90	56,00	60,21	55,43	58,98	56,41	60,88
	Percentil 95	57,12	61,91	56,74	61,18	57,57	62,44
≥ 75 años (n = 1.312) ^b	Media (DE)	40,16 (11,62)	48,64 (11,58)	38,96 (11,25)	47,07 (11,68)	42,16 (12,03)	51,30 (10,83)
	Percentil 5	20,08	24,24	19,43	22,66	22,43	29,57
	Percentil 10	23,67	30,13	23,30	27,59	24,26	35,66
	Percentil 20	27,97	40,01	27,24	36,80	30,18	45,54
	Percentil 30	33,52	45,55	31,60	43,21	36,08	48,84
	Percentil 40	37,43	48,89	35,94	46,76	41,36	51,71
	Mediana	42,07	51,81	39,60	49,96	44,89	53,46
	Percentil 60	45,26	53,75	43,84	52,73	48,03	55,36
	Percentil 70	48,20	55,65	46,67	54,46	50,38	57,43
	Percentil 80	51,67	58,07	50,17	56,72	52,60	59,56
	Percentil 90	54,43	60,80	53,93	59,83	54,96	62,16
	Percentil 95	56,38	63,09	56,35	62,04	56,44	63,43

^aDe 18 a 64 años: datos procedentes de la «Encuesta domiciliar sobre el uso de drogas»¹⁴. ^bDe 65 años o más: datos procedentes del estudio «Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la población de 60 y más años en España»¹⁵.

CSF: componente sumario físico; CSM: componente sumario mental; DE: desviación estándar.

Fuente: Vilagut y cols (2008, p. 734)

Rango de puntuación: la media de 50 (con desviación estándar de 10) es considerada la de la población general española. Valores superiores o inferiores a 50 se interpretan como mejores o peores, respectivamente, que los de la población general española.

Como el equipo que diseñó el WHOQOL apunta, una de las tendencias recientes en el campo de esta medida es su internacionalización. Uno de los grandes logros de este grupo de trabajo ha sido justamente el de conseguir una herramienta de valoración de la CV que ha demostrado una aplicabilidad universal, gracias en gran medida a la aplicación de una metodología combinada de lo cualitativo (proceso de génesis de preguntas a través de “grupos focales”) y lo cuantitativo (génesis de escalas de respuesta, trabajo de campo, - desarrollo de la versión piloto y aplicación multicéntrica del cuestionario - , análisis propiedades psicométricas) para su diseño.

El reconocimiento del concepto multidimensional de CV queda reflejado en la estructura del cuestionario formado por áreas y facetas. Las áreas describen aspectos centrales y transculturales de la CV, como son el área física, el área psicológica, los niveles de independencia, las relaciones sociales, el ambiente, y la espiritualidad/religión/creencias personales. Las facetas describen conductas (por ej., actividades como proveedor), estados (por ej., vitalidad o fatiga) o percepciones subjetivas de experiencias (por ej., dolor). Las diferentes facetas se exploran a través de un determinado número de preguntas, cuya formulación se mantiene en un nivel general con un “enfoque subjetivo”, pidiendo a los sujetos que evalúen sus respuestas con relación a sus propios estándares, contribuyendo así a mantener la universalidad del cuestionario.

La estructura en áreas, facetas y preguntas produce un perfil de CV del sujeto, dando una puntuación global de CV, de las áreas y de las facetas.

La versión definitiva del WHOQOL apareció en el año 1995, estando constituida por 100 preguntas agrupadas en seis áreas y en 24 facetas, por lo que el cuestionario ha sido denominado WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1995a, 1995b). Posteriormente, y con el objetivo de obtener una forma corta de evaluación de la CV, se seleccionó la mejor pregunta de cada una de las 24 facetas. Se obtuvo así el cuestionario WHOQOL-BREF, que contenía 26 preguntas (figura 14): una pregunta de cada una de las 24 facetas del WHOQOL-100, y dos preguntas globales (CV y salud general) (WHOQOL Group, 1998).

Posteriormente, la OMS ha desarrollado otros proyectos relacionados con el WHOQOL, como son:

- El WHOQOL- HIV, con el objetivo de desarrollar un módulo complementario al cuestionario existente, específico para personas infectadas con el virus del sida.
- El SRPB (*Spirituality, Religion, Personal Beliefs*) de cara a explorar con mayor profundidad la influencia de las creencias espirituales, religiosas o personales sobre la salud y la CV.
- El WHOQOL-OLD, para desarrollar a escala internacional un módulo específico para evaluar la calidad de vida en las personas mayores.
- El DISQOL, con la finalidad de desarrollar medidas sobre CV, calidad asistencial y actitudes hacia la discapacidad que puedan ser utilizadas internacionalmente en personas con discapacidad.

Figura 14: Preguntas del WHOQOL-BREF

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?
6. ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?
17. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Fuente: Güell y Morante (2004, p.70)

En el caso de Europa, en el año 1998, un grupo multidisciplinar de investigadores procedentes de diferentes ámbitos (medicina, enfermería, sociología, psicología, filosofía y economía) de cinco países (Reino Unido, Finlandia, Holanda, Suecia y Dinamarca) pusieron en común sus experiencias en el desarrollo y aplicación de los métodos de valoración de los estados de salud. Esta colaboración culminó en el año 1990 con el desarrollo del EuroQol, instrumento de tipo genérico que inicialmente contó con 6 dimensiones y que adoptó su formato final en 1991 con el EuroQol-5D, con 5 dimensiones.

Desde entonces, equipos de investigación de múltiples países, entre ellos España, se han implicado en el proyecto, y lo han aplicado en múltiples circunstancias (investigación clínica y de servicios sanitarios) y en una gran variedad de pacientes, afecciones y tratamientos. Por ejemplo, en el campo de las enfermedades respiratorias, Tillmann y Silcock (1997), realizaron un estudio para evaluar el impacto del tabaquismo en la CVRS en una muestra de 3000 sujetos. En España, entre sus aplicaciones es posible señalar su uso en atención primaria (Badia, Fernández y Segura, 1995) y la

incorporación en el año 1994 a la encuesta de salud catalana (Badia, Schiaffino, Alonso y Herdman, 1998).

La elección de un cuestionario no es tarea fácil. Cada instrumento tiene sus propias particularidades, con sus fortalezas y debilidades. El “mejor instrumento” no existe, si bien es cierto que es posible aproximarse a un instrumento óptimo en función de consideraciones iniciales como son el objetivo del estudio, el constructo que interesa medir, los aspectos prácticos de su aplicación, la facilidad existente para la interpretación de los datos, sus características técnicas de fiabilidad y reproductibilidad y su validez (Tabla 14). En ese sentido, el Scientific Advisory Committee del Medical Outcomes Trust (organización sin ánimo de lucro que estimula y patrocina el desarrollo, evaluación y distribución de instrumentos estandarizados para la medida de la salud y del resultado de la atención sanitaria) identifica ocho atributos clave a considerar en la evaluación de cualquier cuestionario relacionado con la salud: modelo conceptual, fiabilidad, validez, sensibilidad al cambio, interpretabilidad, administración, formatos alternativos y adaptación transcultural (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002).

Tabla 14: Criterios básicos de un cuestionario.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Corto y sencillo. Autoadministrado si es posible. 2. Respuestas claras y no ambiguas. 3. El nivel de expresión debe ser compatible con la mayoría de la población. 4. Su puntuación debe ser sencilla. 5. Debe ser fiable. 6. Debe tener validez de contenido (tener sentido para los que contestan) y de constructo (los ítems que hacen referencia a una misma dimensión o constructo deben correlacionarse entre sí). 7. Debe ser sensible a cambios en los mismos individuos a lo largo del tiempo y a las consecuencias diferenciales de los diferentes estados patológicos. |
|--|

Fuente: Hunt y McEwen, 1980, p.238.

2.3.3. EL CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE SALUD (CPS-81)

El CPS-81 es un cuestionario autoadministrado de tipo genérico diseñado en el año 1981 por Davies y Ware en el seno del Experimento de Seguro de Salud de la corporación Rand (institución sin ánimo de lucro que a través de la investigación y el análisis apoya la toma de decisiones a nivel político). El estudio estuvo financiado por el departamento estadounidense de salud y servicios humanos, con el fin de evaluar cómo los mecanismos de financiación de los sistemas sanitarios afectaban al estado de salud de la población durante el periodo de 5 años de duración del experimento. Administraron el cuestionario a una población de casi 5000 adultos (de más de 14 años de edad y menos de 62) participantes en el Experimento de Seguro de Salud en seis poblaciones diferentes: Dayton, Ohio; Seattler, Washington; Fitchburg, Massachussets; Franklin County, Massachussets; Charleston, South Carolina y Georgetown County, South Carolina.

Entre los objetivos del estudio se encontraban validar el cuestionario para esta muestra de población, analizar si sería posible obtener un índice global de percepción de salud multidimensional manteniendo su fiabilidad e interpretabilidad y profundizar en la

evaluación del significado de las puntuaciones de percepción de salud con un amplio rango de variables relacionadas con la salud (salud física, salud mental, circunstancias sociales, uso de servicios sanitarios, actitudes de la persona hacia la salud/enfermedad). En definitiva, establecer la utilidad de este tipo de medida. Dicha medida demostró ser adecuada para su empleo en el estudio de los efectos de la financiación del sistema de salud sobre el estado de salud.

El cuestionario evalúa la percepción general de salud a través de seis dimensiones (o subescalas): salud anterior, salud actual, previsión de salud en un futuro, resistencia o susceptibilidad frente a una enfermedad, tendencia a aceptar la enfermedad como parte de la propia vida y preocupación por el estado de salud.

Tres de ellas definen a la salud como un proceso, de tal manera que la persona debe explorar la valoración de su salud en relación al tiempo, tomando como referencia los últimos tres meses: salud actual, salud anterior y previsión o expectativas de salud en un futuro. No hay que olvidar que dicho periodo coincide con la medida de la morbilidad crónica en estudios epidemiológicos.

Las otras tres subescalas se centran en las percepciones de salud como un estado: resistencia o susceptibilidad frente a una enfermedad, tendencia a aceptar la enfermedad como parte de la propia vida (orientación a la enfermedad) y preocupación por el estado de salud.

Esta doble consideración es de interés, pues como ya se apuntó anteriormente la salud no es una característica o rasgo de la persona, estático y sin posibilidad de cambios. La salud es un estado, y como tal puede verse modificado en relación al tiempo. Por ello, las medidas de salud deben de ser capaces de reflejar esta evolución.

La tabla 15 recoge la dimensionalización del cuestionario, con los ítems o preguntas que lo forman. En total son 29 ítems, a través de los que se puede obtener:

- Un perfil general de percepción de salud del sujeto, con una puntuación para cada dimensión o subescala.
- Un índice general de salud (obtenido a partir de 26 ítems) que expresa o refleja la valoración personal de la salud de un individuo, de una manera integral.
- Un índice breve de salud (a partir de 3 ítems).

Cada uno de estos ítems es una declaración de opinión completa, con frases con sentido favorable y desfavorable (positivo o negativo) sobre la salud personal o la percepción relacionada con la salud. La mayoría de los ítems tiene 5 niveles de respuesta en escala tipo Likert: muy en desacuerdo, en desacuerdo, en parte de acuerdo/ en parte desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo. De esta manera se garantiza el que pueda recoger la variedad de estados de salud que existen desde el bienestar hasta la enfermedad.

En el anexo II se reproduce su versión íntegra tal y como se utilizó dentro la encuesta de salud realizada en esta tesis.

Este cuestionario ha servido de base para el desarrollo de las posteriores medidas de percepción de salud empleadas en cuestionarios de uso muy extendido como es el caso del SF-36. Su utilización es frecuente en estudios sobre Atención Primaria por su valor predictivo en cuanto a la necesidad de consulta e intervención médica (Gil-Lacruz, 2000). Otras ventajas de interés son su brevedad, facilidad de comprensión y administración de su formato.

Tabla 15: Dimensionalización del cuestionario CPS-81

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Salud actual (10 ítems)	1. En general, usted diría que su salud es... 4. De acuerdo con los médicos que he visitado, mi salud en este momento es excelente. 6. Me siento mejor que nunca. 10. No me encuentro del todo bien. 13. Mi salud no es tan buena como la que tenía antes. 17. Mi salud es mejor que la de las personas que conozco. 21. Mi salud es excelente. 25. Últimamente me he encontrado mal físicamente. 28. Los médicos dicen que ahora tengo mala salud. 29. Nunca me he sentido tan bien como ahora.
Salud Anterior (3 ítems)	12. Estuve tan enfermo en una ocasión que creía que me iba a morir. 19. Tengo la impresión de que mis enfermedades duran largo tiempo. 26. Me he sentido muy enfermo.
Expectativas de salud (4 ítems)	7. Probablemente enfermaré con frecuencia en un futuro. 11. A partir de ahora, creo que mi salud será mejor que la de otras personas que conozco. 18. Creo que mi salud empeorará a partir de ahora. 22. Espero llevar una vida muy sana.
Resistencia/susceptibilidad (4 ítems)	5. Me da la impresión de que enfermo con más facilidad que otras personas. 9. En general, la mayoría de las personas enferman con mayor facilidad que yo. 15. Mi cuerpo resiste bien las enfermedades. 27. Enfermedad que anda por ahí, enfermedad que cojo.
Orientación a la enfermedad (2 ítems)	16. Enfermar de vez en cuando forma parte de mi vida. 24. Acepto el hecho de que a veces voy a estar enfermo.
Preocupación por la salud (5 ítems)	2. ¿Ha padecido usted durante los últimos tres meses dolencias físicas? 3. Durante los últimos tres meses ¿en qué grado le ha preocupado su salud? 8. Nunca me preocupo de mi salud. 14. Me preocupo más por mi salud que otros por la suya. 20. Los demás se preocupan más por su salud que yo por la mía. 23. Mi salud es algo que me preocupa.

2.4. RECAPITULACIÓN

A lo largo del capítulo se ha observado como los cambios epidemiológicos surgidos durante el pasado siglo en los países desarrollados conducen a la necesidad de una revisión del quehacer sanitario. Las soluciones biomédicas a través de la búsqueda de nuevas tecnologías diagnósticas, nuevos fármacos y nuevos métodos de tratamiento conservador y quirúrgico que han demostrado su eficacia para el tratamiento de las enfermedades agudas, en las que han supuesto una importantísima contribución a la salud, se muestran insuficientes para el remedio del gran número de enfermedades crónicas que afectan a la población, especialmente en las edades más avanzadas. Además, por si sólo este modelo no es capaz de explicar por qué diferentes individuos, aquejados de las mismas enfermedades, muestran grados de dolor y discapacidad diferentes, de tal manera que muchos de ellos se consideran sanos y sin la necesidad de seguir tratamientos médicos, mientras que otros experimentan un alto grado de discapacidad. Como señala Morris (citado en Sullivan, 2003) será que la salud podría coexistir con la enfermedad (*disease*) y quizás también, con su padecimiento (*illness*).

El modelo biomédico siempre consideró los aspectos psicológicos y sociales como secundarios, lo que ha permitido en muchos casos la estigmatización de muchos pacientes como “psicosomáticos” e incluso simuladores. Sin embargo, la discapacidad y el dolor no son, como comúnmente se han entendido, la consecuencia de un deterioro físico, sino la resultante de la interacción de todos los componentes cognitivos, afectivos y sociales implicados en la experiencia de la enfermedad (Torres, 2008).

El paradigma biopsicosocial integrador orientado a la desmedicalización del ciudadano, destierra el mito de la psicosomática y devuelve a la persona su protagonismo en salud. Le ayuda a identificar todos aquellos aspectos personales y sociales implicados y favorece su participación activa en los procesos de recuperación. Este cambio de paradigma afecta también a los profesionales vinculados a la salud, quienes además de aplicar técnicas, actuarán como educadores, con el objetivo de motivar cambios cognitivos y conductuales sobre el paciente.

En consonancia con este cambio, los conceptos de percepción general de salud y CVRS acercan la valoración de la salud cada vez más a la perspectiva de la persona (Sullivan, 2003). Suponen todo un progreso dentro de las ciencias de la salud, que de centrarse única y exclusivamente en el cuerpo del paciente, procuran un tratamiento holístico. Sin embargo, se ha constatado la complejidad y dispersión en el diseño de herramientas adecuadas para su medición, condicionada en gran parte por las diferentes corrientes de pensamiento en las que se inscribe su origen:

- La funcionalista, caracterizada por indicadores individuales de capacidad de ejecución de actividades.
- Las teorías del bienestar, que exploran las reacciones subjetivas de las experiencias de vida buscando la competencia del individuo para minimizar los sufrimientos y aumentar la satisfacción personal y de su entorno.
- Las teorías de utilidad, de base más económica, que presupone que los individuos se definen al comparar un estado de salud determinado con otro.

Muchas de las herramientas empleadas en el ámbito sanitario, como en el caso de la fisioterapia, se han utilizado desde la clásica perspectiva funcional primando el desarrollo de las capacidades de la persona, y dando un menor peso a los elementos cognitivos - conductuales. El uso de cuestionarios que confunden salud con habilidad física o funcional resulta con frecuencia en una “penalización funcional” de magnitudes desconocidas para personas con diferentes tipos de discapacidad, que obtienen valores más bajos que no necesariamente coinciden con una mala salud (Krahn y cols, 2009). Por eso es importante disponer de medidas más neutrales desde el punto de vista funcional, y que integren elementos relevantes dentro del paradigma biopsicosocial, como son las creencias en relación a la salud y la conceptualización y significado desde un punto de vista existencial sobre la misma. Estos elementos condicionan y dan sentido a muchas de las conductas y comportamientos de la persona en relación a su salud (hábitos saludables, comportamientos negligentes, solicitud de atención sanitaria, pasividad en el tratamiento, cumplimiento pautas terapéuticas).

En este sentido, cuando la persona emite un juicio sobre su salud a través de la salud percibida, pone en marcha un complejo proceso psicológico de comprensión, recuperación y respuesta que estará supeditado al marco de referencia individual de la persona y su propia idiosincrasia, el modo en que identifica las experiencias relevantes en su propia biografía, los grupos de referencia, los estándares con los que se compara y la importancia relativa que otorga a cada experiencia.

La ventaja que ofrece una medida específica como es la percepción de salud sobre otras medidas o instrumentos como son los de CVRS o del estado funcional residen en que es el propio encuestado el que decide qué información juzga o considera relevante para responder sobre su salud. La mayor parte de cuestionarios sobre CVRS son instrumentos multidimensionales de perfil, formado por diferentes ítems centrados en la valoración de los síntomas, capacidades funcionales, sentido del bienestar, etc., pudiendo suceder que no todos los ítems o variables estudiadas sean relevantes para el encuestado en particular en su propia definición de salud, hecho que nunca sucede cuando se pregunta directamente sobre la percepción de salud.

Además, tal y como se recoge en el modelo de Wilson y Cleary este concepto constituye una síntesis de la valoración sobre los aspectos biológicos, sintomáticos y funcionales de la persona y a su vez se puede considerar un nexo de unión entre estos últimos y la CV global.

Su capacidad para reflejar de manera extensa el estado de salud poblacional, su demostrado poder predictivo, su sensibilidad para recoger los aspectos más significativos para la persona a la hora de valorar su salud y su facilidad de aplicación ha permitido que esta variable se constituya en un centro de un interés creciente en la investigación en salud pública.

Su presencia es una constante en las encuestas de salud desarrolladas desde el ámbito de la atención primaria. La comunidad ofrece el entorno adecuado para profundizar en la interdependencia de factores socioeconómicos, como la ocupación o el nivel de ingresos, y las variables psicosociales como el apoyo social y los estilos de vida sobre la percepción de la salud, pues no se puede desvincular ésta de la propia experiencia social de la persona.

Sobre este aspecto se pretende profundizar en la presente tesis, a través del estudio de este indicador en un barrio complejo y estratificado socialmente.

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El fin que se persigue en esta investigación consiste en analizar la experiencia subjetiva en relación con la salud que refieren los habitantes de una comunidad vecinal (barrio de Casablanca – Zaragoza) en un contexto de contrastes socioeconómicos, identificando los determinantes sociales que influyen de manera más significativa sobre esta experiencia. De esta manera, se obtendrá información valiosa sobre qué variables priorizar para intervenir en la mejora de salud percibida de la población.

Dicho fin se concreta, a su vez, en los siguientes objetivos específicos de investigación:

- 1.- Describir las relaciones existentes entre la salud percibida de la población y las variables edad, sexo y estado civil.
- 2.- Determinar las relaciones existentes entre la salud percibida de la población y su estratificación social (nivel educativo, situación laboral, nivel de ingresos, zona de residencia).
- 3.- Analizar las relaciones existentes entre la salud percibida de la población y los comportamientos de riesgo para la salud: sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol, café, negligencia en la higiene bucodental.
- 4.- Detallar las relaciones existentes entre la salud percibida de la población y el apoyo comunitario: integración, participación comunitaria, confianza en los recursos formales e informales en caso de necesidad.
- 5.- Explorar si existen diferencias en la morbilidad percibida y diagnosticada, las atribuciones en salud y el uso de los recursos sanitarios entre los residentes del barrio en función de la valoración subjetiva del estado de su salud.
- 6.- Describir las diferencias existentes entre aquellos habitantes que refieren experimentar mejor salud frente a los que refieren lo contrario, cuantificando los pesos de las diferentes variables en su discriminación.
- 7.- Detectar posibles grupos de riesgo con el fin de determinar comportamientos, poblaciones y recursos potenciales de intervención – prevención en la mejora de la salud.

3.2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Partiendo de los objetivos e intereses de este estudio, es posible caracterizar esta investigación como un diseño de naturaleza no experimental y de carácter transversal, cuyo procedimiento de recogida de información es mediante encuesta estratificada en función del sexo, la edad y el territorio de residencia.

La investigación mediante encuesta permite la obtención de gran cantidad de información con objeto de caracterizar a una población y/o las relaciones entre distintas variables, aspectos ambos esenciales en este estudio. La prioridad de estos aspectos se mide en esta investigación a través de seis instrumentos diferentes que componen la encuesta (tabla 21).

La obtención de los datos se realizó mediante una entrevista individualizada domiciliar. La secuencia de presentación de los diferentes instrumentos se ha configurado con el objetivo de evitar en lo posible el cansancio y la distracción de los sujetos. La entrevista tuvo una duración media de 23,45 minutos (desviación típica: 6,74). Sólo en un 10% de los entrevistados la duración de la entrevista excedió los 30 minutos. Cabe recordar que, si bien no existe una regla específica sobre la duración óptima de la misma, cuestionarios cuya administración cueste más de 35 minutos resultan tediosos, a menos que los encuestados estén muy motivados para contestar (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Con respecto a las dificultades que presentó dicha administración, destaca la complejidad que suponían las escalas de alternativas de respuesta y especialmente aquellos ítems cuya redacción era inversa, para los estratos poblacionales de mayor edad y menor nivel socioeconómico.

Como criterios de presentación y evaluación del cuestionario, además de la organización lógica del mismo (introducción, cuerpo y conclusión) y del diseño de las preguntas (considerando unas normas generales comunes para todos los encuestados y administradores de las pruebas) se han tenido en cuenta criterios intrínsecos de la redacción del mismo (Navarro, 1994) como son: la claridad de expresión, el equilibrio en la selección de palabras y la longitud de las frases.

Para su aplicación se contó con un equipo multidisciplinar con experiencia en el tema de la salud y/o de la investigación social integrado por 15 encuestadores, debidamente acreditados por el centro de salud del barrio.

La formación de los encuestadores se consideró un objetivo prioritario tanto por las repercusiones comunitarias del trabajo de campo como de cara a obtener resultados representativos. Cuestiones como el aspecto personal (presentación física, indumentaria, comportamiento, gestos, lenguaje, identificación institucional, etc.), las opiniones personales y la implicación y sentido de la responsabilidad de estos profesionales podían influir sobremanera en la calidad del trabajo (Ander-Egg, 1993). La tabla 16 recoge los aspectos teóricos y aplicados en los que se incidió de manera especial durante las sesiones formativas comunes realizadas con los encuestadores.

Dos semanas antes de la entrevista, se remitió una carta a las familias seleccionadas, invitándolas a participar en el estudio. En la misma, se hizo constar la finalidad de la investigación, el uso que se haría de la información obtenida, en la que se garantizaba el completo anonimato del encuestado y la confidencialidad de las respuestas, los beneficios comunitarios, la petición explícita de colaboración e indicación y modo de contacto con la entidad patrocinadora, en este caso el centro de salud Casablanca.

Con el fin de realizar un control de la autenticidad y calidad de las respuestas, los encuestadores tomaron nota de los datos personales de los entrevistados (nombre, teléfono y dirección) que permitiera su posterior localización y revisión. Una vez concluida la encuesta, dichos datos fueron destruidos para garantizar el anonimato de respuesta.

Tabla 16: Temario formativo de los encuestadores

ASPECTOS TEÓRICOS	ASPECTOS APLICADOS
Multidisciplinaridad y salud.	Descripción de las técnicas de muestreo utilizadas: aleatoriedad, estratificación, errores y sesgos.
El sistema sanitario español y atención primaria: encuestas de salud.	Definiciones operativas y normas generales de cumplimentación de los instrumentos.
Explicación de la investigación y sus instrumentos.	La situación de la entrevista como proceso comunicativo. Principios directivos: contacto inicial, formulación de las preguntas y motivación de las respuestas, protocolos facilitadores, terminación de la entrevista.

3.2.2. DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA

La población o universo de la presente investigación se compone por 6.514 personas mayores de 14 años y empadronadas en el barrio zaragozano de Casablanca (3.136 hombres y 3.378 mujeres).

La elección de la comunidad de Casablanca se realizó en función de dos criterios:

- La existencia de diferencias sociales, derivadas de una trayectoria histórica y social que da lugar a un barrio de contrastes cuya integración poblacional no ha terminado de configurarse. Esta diversidad socioeconómica permitía explorar las repercusiones de la estratificación social en la salud de la persona desde una configuración territorial acotada y de fácil acceso.
- La colaboración del centro de salud de la zona, lo que favorece tanto el desarrollo de la investigación sirviendo de contacto directo con el ciudadano, como la proyección social de los resultados de la encuesta del proyecto, a través del diseño e implementación posterior de programas e iniciativas de salud comunitaria y prevención del riesgo.

La historia del barrio ha sido paralela a la presencia del Canal Imperial de Aragón, que desde finales del siglo XIX y hasta 1920 propició el cultivo de tierras de regadío y el asentamiento de industrias. De hecho, su denominación surge de las Casas Blancas construidas para los empleados del Canal (Ruiz, 1992). Su posterior expansión se debió al establecimiento de la línea ferroviaria Zaragoza-Cariñena, a las instalaciones militares de la carretera de Valencia (Hospital militar y Cuartel de Sanidad), la planta potabilizadora y, especialmente, en la década de los 60, la consideración de Zaragoza como un polo de desarrollo.

Desde 1960 y hasta la fecha, la estructura poblacional y las tradicionales tareas agrarias e industriales se han transformado rápidamente en actividades económicas y socio profesionales urbanas y centrada en el sector servicios. No obstante, la belleza paisajística de su entorno y un microclima benigno por la altura de la zona con respecto al resto de la ciudad, siguen constituyendo un indicador importante de su calidad de vida residencial (Federación de Asociaciones de Vecinos, 1981).

En la descripción actual del barrio, Garrido (2001) explica que: “el antiguo barrio es hoy un polígono muy extenso, con dos áreas bastante bien definidas de hábitat. Por un lado, está el barrio antiguo, tradicional y sencillo, de calles estrechas, donde la relación social es su principal valor; por otra parte, en la periferia de ese núcleo original se han creado urbanizaciones, con clara vocación residencial, que responden a la necesidad de espacio, zonas ajardinadas y mayor bienestar individual, propio de clases más acomodadas. Sin embargo, esta combinación heterogénea y cosmopolita hace que Casablanca en su conjunto sea un lugar que disfruta de las comodidades y servicios de la ciudad, pero que mantiene los valores de medio rural, en el que conviven los ciudadanos en armonía y fraternidad (p. 16)”.

Los diferentes procesos de urbanización se reflejan claramente en la heterogeneidad de procedencia de la población: El 25,11% de los vecinos de Casablanca no nacieron en la Comunidad Autónoma de Aragón y proceden, fundamentalmente, de Andalucía y Extremadura (mientras que en Zaragoza capital este porcentaje constituye solo el 20,01%). La mayoría de los ciudadanos de Casablanca residían anteriormente en otras zonas de Zaragoza capital (50,17%) y del resto de la Comunidad aragonesa.

Las diferencias de estratificación social se proyectan claramente en tres zonas tradicionales de residencia (Viñedo Viejo: núcleo originario y precarizado; Fuentes Claras: urbanizaciones de nivel socioeconómico elevado y Las Nieves: clase media y obrera). Sin embargo y para el conjunto poblacional, el nivel de instrucción es superior al promedio de Zaragoza capital. De hecho, en las mujeres de Casablanca se observan niveles inferiores de analfabetismo y abandono escolar que en las vecinas zaragozanas.

Como elemento para la reflexión, hay que resaltar la evolución desigual de la actividad laboral en función del sexo. El paro se da más entre las mujeres y los jóvenes del barrio, de manera similar a lo que ocurre en el resto de la ciudad y en España.

La mayoría de la actividad laboral se encuentra dentro del sector empresarial (87% de los empadronados en Casablanca), ya que las actividades profesionales sólo alcanzan el 13%. Predomina en el barrio el pequeño comercio, la restauración, la hostelería y las reparaciones (55,16% del sector abarcando a un total de 262 empresas dedicadas a este

tipo de actividad). La transformación de metales; la industria manufacturera (ej. papel, artes graficas, edición, etc.) y las industrias de calzado, vestido, madera, corcho, muebles, joyería y pastelería conforman alrededor de un tercio de la actividad empresarial.

El cierre de empresas y los recortes de personal conducen a unas perspectivas de futuro poco halagüeñas para los residentes del barrio. Esto es especialmente cierto para las parejas jóvenes de segunda generación. En Casablanca asistimos a un doble proceso inmigratorio: por una parte la población originaria busca otras zonas residenciales con mejores opciones laborales y por otra, los profesionales liberales acuden a las nuevas urbanizaciones por sus mejores condiciones de residencia. En relación con esto, una de las reivindicaciones actuales del barrio estriba en la necesidad de planificar viviendas protegidas con el fin de que los jóvenes permanezcan en las zonas tradicionales del mismo.

El barrio presenta cierta dependencia funcional con el resto de la ciudad de Zaragoza y una de sus constantes demandas se centra en la mejora de los transportes, del mercado laboral, del sector educativo público (paradójicamente, el barrio presenta la mayor concentración de colegios privados de Zaragoza) y del espacio recreativo.

Además de un número considerable de bares, Casablanca dispone de una Biblioteca municipal (dedicada fundamentalmente a la infancia), un centro cívico, una Casa de Juventud, un Club de la tercera edad, instalaciones deportivas (dos de ellas privadas) y los locales propios de las parroquias. No obstante, la oferta recreativa y cultural del barrio presenta carencias y muchos de sus vecinos acuden a los eventos culturales y los recursos ofertados en el resto de la ciudad.

Como elementos positivos, hay que destacar la presencia de asociaciones vecinales, parroquias, consejo de salud y otras organizaciones no gubernamentales de carácter cultural y social, que se caracterizan por su dinamismo y por su activo papel social de articulación de los procesos de integración y participación comunitaria. En fases anteriores a esta investigación, se realizaron trabajos cualitativos para analizar la valoración vecinal de la comunidad. La mayoría de los participantes manifestaron sentirse muy a gusto con la residencia en el barrio, comparaban su funcionamiento social al propio de “un pueblo” y conocían la alcaldía de Casablanca y sus recursos sociales (Gil Lacruz, Abadía, Aragón, García y Matute, 2000).

Las tres áreas de análisis de este estudio se encuentran delimitadas por barreras naturales y artificiales (carretera nacional de Valencia y Canal Imperial de Aragón), de manera que la población se encuentra concentrada en zonas que, por su reducida extensión territorial, facilitan el trabajo de campo. Esta decisión deja al margen de la investigación zonas extensas como Santa Fé, Montecanal y Valespartera, por razones de recuento muestral (de esta población no se disponían datos del empadronamiento en el momento del diseño del estudio). A estos motivos se añade la conveniencia de seguir investigando en las zonas tradicionales del barrio, y mantener la homogeneidad y viabilidad de la muestra (extensión geográfica y disparidad poblacional), el peso demográfico del antiguo asentamiento (el 66,51% de la población reside en la zona antigua de Casablanca) y las dificultades propias de acceso a un asentamiento reciente (especialmente en Montecanal y Valdespartera).

Se destacan las siguientes características de los asentamientos seleccionados:

- **Las Nieves**, denominada así en honor a Nuestra Señora de las Nieves, que se apareció en el siglo IV sobre el monte Esquilino. Como el resto del distrito, comparte el cambio de dedicación de zona agraria (el olivar) a residencial e industrial (sector eléctrico y metalúrgico, escolar y deportivo). En esta zona conviven los residentes dedicados a las actividades laborales propias del barrio con una población flotante (ej. las personas que trabajaban en la base norteamericana de la ciudad y en las actuales fábricas e industrias).
- La urbanización de **Fuentes Claras**, cuyo nombre procede de las fuentes que genera el río Huerva, que hasta hace unos años, era el destino preferido de las excursiones de día de muchos zaragozanos. Ahora, los chalets y adosados de *alto standing* se prolongan hasta la urbanización de la Fuente de la Junquera. El acceso a la vivienda está protegido por todo tipo de medidas de seguridad. La impresión general de los informantes clave es que esta zona presenta un funcionamiento aislado al resto del distrito.
- La zona denominada **Viñedo Viejo**, cuya denominación se corresponde con una urbanización del barrio, y que en este trabajo se considera el antiguo asentamiento de Casablanca (el centro histórico). Se caracteriza por el envejecimiento de la población que afecta sobremanera al colectivo femenino. En esta zona, las vecinas se encuentran en una situación comparativamente más desfavorable que sus compañeros. Buena parte de este colectivo se dedica a las labores del hogar, presenta un estilo de vida tradicional y un nivel cultural bajo. Tampoco el barrio reúne las mejores condiciones de habitabilidad para las personas mayores. Se han detectado casos de abandono y pobreza en la tercera edad. La precarización de algunas de sus viviendas (fueron proyectadas para obreros, con una altura limitada a cuatro plantas que no requería de ascensor, sin calefacción y sin garajes) y también la fuerza de su identidad y pertenencia comunitarias, completan este panorama.

El tamaño de la muestra para que fuese representativa de este universo finito, considerando las respectivas proporciones conocidas de hombre - mujer (0,4814 y 0,5186 respectivamente), con un nivel de confianza o seguridad del 95,45%, un margen de error o precisión de $\pm 3\%$ y añadiendo un porcentaje aproximado de reserva del 10%, quedó establecido en 1.032 cuestionarios.

Figura 15: Fórmula para el cálculo del tamaño muestral (n)

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

N (total de la población) = 6514
 $Z_{\alpha}^2 = 2^2$ (si la seguridad del 95,45%)
 p (proporción hombres) = 0,4814
 q (proporción mujeres) = 0,5186
 d (precisión o error) = 0,03 (3%)

Para mantener la proporcionalidad en la composición poblacional, se utilizaron tres criterios de estratificación muestral: el sexo, la edad y el lugar de residencia (Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras) (tabla 17).

Tabla 17: Estratificación de la muestra por edad y sexo

Intervalos en función de la Edad \ Sexo	Población de Casablanca N = 6.514				Muestra n = 1.032	
	Hombres		Mujeres		Hombres	Mujeres
	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Nº cuestionarios	Nº cuestionarios
Jóvenes (15 a 29 años)	1.093	16,78	1.036	15,90	173 16,8%	164 15,9%
Adultos (de 30 a 59 años)	1.496	22,97	1.607	24,67	237 23,0%	255 24,7%
Tercera edad (a partir de 60 años)	547	8,40	735	11,28	87 8,4%	116 11,2%
Totales	3.136	48,14	3.378	51,86	497 48,2%	535 51,8%

En la selección de las unidades muestrales se recurrió a un procedimiento de rutas y cuotas, supeditada a que la persona que se ha de entrevistar reúna los criterios establecidos en la estratificación poblacional. No fue posible recurrir a una asignación aleatoria por nombre y apellido de los vecinos debido a que la privacidad de los datos del padrón municipal del Ayuntamiento de Zaragoza impidió el acceso directo a los datos de las personas.

En el método muestral de rutas se procedió como si se tratase de un muestreo polietápico por conglomerados, en función de la calle y el edificio (Camarero, 1995). El muestreo por conglomerados es útil en poblaciones muy numerosas y tiene la ventaja de reducir costes de observación, especialmente si han de realizar visitas a las unidades seleccionadas, como es el caso.

Se confeccionaron de esta manera 10 rutas, que constaron aproximadamente de 100 entrevistas cada una, cuyos puntos de partida surgieron aleatoriamente de diferentes áreas o subzonas de las unidades poblacionales básicas de análisis: Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras. En primer lugar se eligió el portal (conglomerado de pisos), en segundo lugar el piso (conglomerado de viviendas), en tercer lugar la vivienda (conglomerado de individuos) y en cuarto lugar el individuo (unidad muestral).

Con el fin de evitar posibles errores de cálculo en la distribución territorial de las cuotas, los encuestadores realizaron un recuento de las viviendas habitadas en las diferentes subdivisiones dentro de cada unidad poblacional básica, antes de proceder a la asignación definitiva de cuotas y rutas. El reparto de rutas se realizó en función de la densidad total de viviendas habitadas en las unidades poblacionales básicas (Tabla 18).

Tabla 18: Análisis descriptivo de las rutas en la muestra

Unidades poblacionales básicas	Viviendas habitadas	Densidad en función del total	Rutas
Viñedo Viejo	532	63	6
Las Nieves	234	28	3
Fuentes Claras	74	9	1
Total	840	100	10

Por ejemplo, el mayor número de viviendas habitadas se correspondía con la zona de Viñedo Viejo (60%), lo cual supuso que en esta zona se ejecutaran 6 rutas, 155 cuotas (cada cuota consta de cuatro cuestionarios en los que se distribuye de modo aleatorio su composición de edad y sexo), lo que en total implicó entrevistar en la zona a 620 vecinos.

La tabla 19 recoge el análisis descriptivo de las cuotas en la muestra en función de subzonas y calles.

De esta manera, y hasta llegar a las últimas unidades muestrales, el procedimiento, sin ser aleatorio, sí se puede considerar como representativo del barrio, al darse la selección aleatoria de los puntos de partida de las rutas, edificaciones, pisos, viviendas, etc. Sobre este tipo de muestreo por conglomerados, Mirás (2000) describe como en la mayoría de las poblaciones las unidades muestrales de un mismo conglomerado presentan cierto grado de similitud u homogeneidad y, en consecuencia, las unidades elementales de la muestra se repiten menos uniformemente sobre la población. La eficiencia del método aumenta al incrementar el número de conglomerados siempre que dentro de cada uno de ellos se integre un número reducido de unidades como ocurre en esta investigación (Tabla 20).

3.2.3. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A continuación, se ofrece una descripción pormenorizada de las variables utilizadas en la investigación, junto con los instrumentos empleados para su medida (véase Anexo II: Encuesta de Apoyo Comunitario, Estilos de vida y Salud de Casablanca). La mayor parte de las escalas se escogieron en base a la fiabilidad y validez demostrada en otros proyectos de investigación y en concreto, la comunidad de Zaragoza, la comunidad Valenciana y el estado español para los indicadores de salud de las encuestas pertinentes. Esto supone una ventaja adicional al permitir la comparación de resultados entre el presente estudio y otras investigaciones similares.

Tabla 19: Análisis descriptivo de las cuotas en la muestra

Subzonas y calles	Viviendas habitadas	Densidad en función de las zonas	Cuotas
VIÑEDO VIEJO			
La escuela	41	7,71	12
La vía	115	21,62	34
Embarcadero	38	7,14	11
Rosas	49	9,21	14
El pardo	26	4,89	8
Centro	54	10,15	16
Pelayo	106	19,92	31
La ermita	8	1,50	2
Las misiones	35	6,58	10
Urb. Viñedo Viejo	60	11,28	17
Total	532	100,00	155
LAS NIEVES			
Amantes	5	2,14	2
Méndez	20	8,55	7
Encinacorba	23	9,83	7
El Greco	6	2,56	2
Argualas	55	23,50	18
Balaitus	30	12,82	10
Brazato	15	6,41	5
Tobazo	20	8,55	6
Riglos	60	25,64	20
Total	234	100,00	77
FUENTES CLARAS			
Pº Reyes	45	60,81	16
Maestro Racional	9	12,16	3
Colonia Fuentes	20	27,03	7
Total	74	100,00	26

Tabla 20: Diseño definitivo de rutas y cuotas en la muestra

Ruta 1:	c/ la vía nº impares	c/ la vía sólo los nº: 38 - 40 - 42	c/ rosas sólo los nº: 20 - 22	
Viñedo Viejo	22 cuotas = 88 cuestionarios	2 cuotas = 8 cuestionarios	2 cuotas = 8 cuestionarios	
Ruta 2:	c/ centro nº impares	c/ rosas pares hasta el nº16 incluido		
Viñedo Viejo	14 cuotas = 56 cuestionarios	12 cuotas = 48 cuestionarios		
Ruta 3:	c/ embarcadero	c/ rosas impares		
Viñedo Viejo	14 cuotas = 56 cuestionarios	12 cuotas = 48 cuestionarios		
Ruta 4:	c/ la escuela	urbanización viñedo viejo		
Viñedo Viejo	7 cuotas = 28 cuestionarios	18 cuotas = 72 cuestionarios		
Ruta 5:	c/ pelayo	c/ la vía pares hasta el nº 36 incluido		
Viñedo Viejo	18 cuotas = 72 cuestionarios	8 cuotas = 32 cuestionarios		
Ruta 6:	c/ centro nº pares	el pardo	c/ las misiones	
Viñedo Viejo	13 cuotas = 52 cuestionarios	10 cuotas = 40 cuestionarios	3 cuotas = 12 cuestionarios	
Ruta 7:	c/ riglos	plaza Nº Sra Nieves	c/ tobazo	
Las Nieves	11 cuotas = 44 cuestionarios	11 cuotas = 44 cuestionarios	3 cuotas = 12 cuestionarios	
Ruta 8:	c/ foratata	c/ brazato	c/ mendez	c/ general capaz
Las Nieves	4 cuotas = 16 cuestionarios	16 cuotas = 64 cuestionarios	3 cuotas = 12 cuestionarios	3 cuotas = 12 cuestionarios
Ruta 9:	c/ argualas	c/ balaitus	c/ sagrada familia	
Las Nieves	9 cuotas = 36 cuestionarios	5 cuotas = 20 cuestionarios	12 cuotas = 48 cuestionarios	
Ruta 10:	Pº Infantes	Pº Reyes	c/ maestre racional	colonia F. Claras
F. Claras	11 cuotas = 44 cuestionarios	9 cuotas = 36 cuestionarios	2 cuotas = 8 cuestionarios	4 cuotas = 16 cuestionarios

3.2.3.1. Variables de investigación y su operativización.

El carácter descriptivo-comparativo de este trabajo no permite hablar de variables independientes en un sentido estricto y entendiendo como tales aquellas que han sido manipuladas directamente durante la investigación. Sin embargo, sí es posible considerar las variables utilizadas para la formación de grupos como variables independientes asignadas. Se trataría por tanto, de elegir unos valores determinados de la variable, seleccionar los sujetos que comparten esos valores y analizar en qué se diferencian con respecto a la variable dependiente. De acuerdo con este planteamiento, es posible diferenciar dos grandes grupos de variables: aquellas sobre las que se establece la comparación o variables dependientes y aquellas en función de las cuales se establecen los diferentes grupos de comparación o variables independientes.

En la tabla 21 se sintetizan las variables de la investigación, su operativización y los instrumentos utilizados para su valoración.

3.2.3.1.1 Variable Dependiente.

En este estudio, el objeto de descripción y comparación lo constituye la percepción de salud de los habitantes de un barrio. Para su medición, se ha empleado el cuestionario de Davies y Ware (CPS-81), que ofrece un índice global (variable continua) que permite realizar inferencias sobre la percepción que tiene el individuo sobre su propia salud. El índice incluye preguntas sobre el pasado, presente y expectativas futuras de salud, así como resistencia a la enfermedad, preocupación sobre la salud y orientación a la enfermedad. La descripción del cuestionario ha sido ampliamente abordada en el capítulo 2 de la presente tesis.

3.2.3.1.2 Variables Independientes.

- a) Características demográficas: el modelo empírico incluye las siguientes variables: sexo¹, edad, estado civil y clase social (variable continua que incluye la puntuación estándar en educación, empleo e ingresos anuales). En este estudio, el lugar de residencia es de particular importancia dado que refleja las diferencias de clase dentro de un vecindario.

¹ Sexo y género son conceptos diferentes que con frecuencia se usan de manera indiscriminada en los estudios. En el presente estudio se pregunta en la encuesta por la variable sexo. Cuando se hace referencia a género es de una manera general para diferenciar un grupo de mujeres frente a un grupo de hombres.

- b) Apoyo Comunitario: su valoración se instrumentaliza a través del Cuestionario de Apoyo Comunitario (AC-90) de Gracia y Musitu. Se trata de un instrumento con cuatro subescalas que consideran respectivamente la integración y participación en la comunidad y la confianza en los sistemas formales e informales de apoyo comunitario. Una de las principales ventajas de este instrumento estriba en el equilibrio alcanzado en la medición de variables objetivas como la participación (por ejemplo, en la frecuencia de actividad asociativa) y subjetivas como la satisfacción percibida en dicho comportamiento (por ejemplo, la identificación con el vecindario, satisfacción con las relaciones sociales en la comunidad). De este modo, se dispone de valiosa información

sobre la integración social de la persona en su entorno inmediato. Además, permite trabajar con una única medida que representa el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la evaluación que la población realiza de sus servicios comunitarios.

- c) Comportamientos de riesgo para la salud: evaluados a través del cuestionario de conductas y hábitos saludables (CS-94), desarrollado por Herrero, Musitu y Gracia en el año 1994. Consta de tres subescalas que evalúan el consumo de alcohol y tabaco (tipo, cantidad y frecuencia), el sedentarismo y la presencia de comportamientos negligentes (sobrepeso, uso del coche en zonas urbanas, consumo de café y falta de higiene dental).

Tabla 21: Variables de la investigación, operativización e instrumentos empleados para su valoración

VARIABLES	OPERATIVIZACIÓN	INSTRUMENTO
Socio-demográficas	Sexo: hombre/mujer. Edad: jóvenes, adulto y tercera edad. Estado civil: soltero, casado (pareja estable), separado/divorciado, viudo. Situación laboral: trabaja, parado, estudiante, sus labores, jubilado/pensionista. Nivel de estudios: sin estudios, escuela primaria, graduado escolar o FP1, bachiller o FP2, estudios universitarios. Ingresos: menos de 6.000 €/año, entre 6.000 y 12.000 €/año, entre 12.000 y 18.000 €/año, entre 18.000 y 24.000 €/año, entre 24.000 y 30.000 €/año y más de 30.000 €/año. Lugar de residencia: Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras.	Cuestionario de variables socio-demográficas.
Percepción general de salud	Salud pasada. Salud actual. Expectativas de salud. Resistencia a la enfermedad. Preocupación por la salud. Orientación a la enfermedad. Índice total.	Cuestionario de Percepción de Salud (CPS-81) (Davies y Ware, 1981).
Apoyo comunitario	Integración social. Participación social. Confianza en los sistemas informales de apoyo comunitario. Confianza en los sistemas formales de apoyo comunitario.	Cuestionario de Apoyo Comunitario (AC-90) (Gracia y Musitu, 1990).
Comportamientos de riesgo para la salud	Consumo de alcohol y tabaco. Actividad física. Comportamientos negligentes (consumo de café, sobrepeso, falta de higiene bucal)	Cuestionario de conductas y hábitos saludables (CS-94) (Herrero, Musitu y Gracia, 1994).
Salud percibida y diagnosticada	Morbilidad diagnosticada. Morbilidad percibida aguda. Morbilidad percibida crónica. Grado de incapacitación.	Cuestionario de dolencias percibidas y diagnosticadas (basado en encuestas nacionales y locales de salud).
Servicio de salud	Número de consultas médicas realizadas. Tiempo de espera antes de la consulta. Duración de la consulta. Lugar de la consulta. Grado de satisfacción.	Recursos específicos de salud (basado en encuestas nacionales y locales de salud).
Sistema atribucional de salud	Fuentes de mejora percibida de la salud. Fuentes de mejora percibida del sistema de salud.	Preguntas abiertas.

- d) Salud percibida y diagnosticada: de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad Español, 2006), la percepción de la morbilidad integra diferentes indicadores: morbilidad diagnosticada (codificada según clasificación WONCA, - nombre abreviado de la Organización Mundial de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria- por su amplia aceptación en el mundo científico y su gran difusión), la morbilidad percibida aguda (la dolencia o enfermedad que ha afectado al entrevistado en las últimas dos semanas, debida a síntomas de un proceso agudo que la persona padece), la morbilidad percibida crónica (la enfermedad que se ha manifestado durante más de tres meses de forma permanente o con cierta frecuencia) y el grado de incapacitación (o grado en el que se reducen o limitan las actividades que el encuestado normalmente realiza al menos la mitad de un día). Estas variables fueron estandarizadas en este estudio para obtener un índice global y continuo.
- e) Servicio de salud: los índices considerados fueron:
- Número de consultas médicas realizadas por el sujeto en las dos semanas anteriores a la entrevista. Se ha entendido por consulta médica cualquier visita a un médico (exceptuando al dentista), ya sea personal o telefónicamente, para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite, recetas incluido. Sin embargo no se ha considerado como tal el simple contacto previo para establecer la cita, los exámenes colectivos (pruebas a toda la población, a los trabajadores de una empresa, a los escolares, etc.), ni las visitas para realizar exclusivamente pruebas diagnósticas (radiografías, análisis, cardiogramas, etc.).
 - Tiempo de espera previo a la consulta.
 - Duración de la consulta.
 - Evaluación que realiza el sujeto de la consulta. La medida de esta variable es inversa, se evalúa el grado de insatisfacción con el fin de evitar los sesgos de discapacidad social, ya que la población tiende a manifestar una respuesta acorde con el patrocinador de la encuesta.

Todos estos ítems son usados en las encuestas de salud nacional de la población española y en la encuesta de salud de Zaragoza. Para su registro se empleó un instrumento de recursos específicos de salud.

- f) El sistema atribucional de salud: durante la entrevista, se preguntó al encuestado sobre cuál podría ser la principal fuente de mejora de los servicios sanitarios y de la salud del propio usuario. Estas preguntas abiertas y que fueron incluidas en el instrumento sobre recursos específicos de salud, se consideran cuestiones clave en la definición y medida de las necesidades sociales en materia de salud y sanidad, puesto que permiten recoger de un modo directo la opinión de sus propios usuarios.

3.2.3.2. Características de los instrumentos estandarizados: CPS-81, AC-90 y CS-94.

En este epígrafe se presenta la sistematización descriptiva de las puntuaciones de los diferentes cuestionarios estandarizados (estadísticos, media, desviación típica, máximo, mínimo, número de observaciones), su fiabilidad y su estructura factorial.

Para el estudio de la fiabilidad se han utilizado diferentes procedimientos estadísticos para su verificación y contraste con la fiabilidad obtenida en mediciones anteriores (en este caso, las realizadas por Herrero en la Comunidad Valenciana): test de correlación entre las dos mitades y el coeficiente alfa (α) de Cronbach del total de la escala, así como la correlación para ítems pares e impares. La interpretación de cada uno de estos coeficientes se encuentra siempre en función del intervalo (0,1), donde 0 significa nula fiabilidad y 1 representa el máximo de fiabilidad. Cuanto más se acerque el coeficiente a 0, menos fiable será el instrumento y mayor error habrá en la medición.

3.2.3.2.1. Cuestionario de Percepción de Salud (CPS-81).

Como se observa en la tabla 22, los estadísticos de los ítems pares e impares son similares, lo que puede suponer una primera evidencia de la homogeneidad de los elementos que componen el cuestionario.

En la tabla 23 se puede observar que los coeficientes de fiabilidad son elevados (> 0,70). Esto es especialmente cierto para el coeficiente alfa de Cronbach. Sin embargo, la división arbitraria por mitades o por ítems pares e impares disminuye la consistencia real de la escala, especialmente para el coeficiente obtenido en los ítems pares.

Tabla 22: Análisis estadístico de las puntuaciones del cuestionario CPS-81

Estadísticos	Total	Total/29	Pares	Impares
Media	94,82	3,27	46,68	48,14
Desviación típica	12,16	0,42	6,09	6,82
Error típico	0,38	0,01	0,19	0,21
Máximo	129,00	4,45	64,00	68,00
Mínimo	52,00	1,79	25,00	25,00
Observaciones	1.032	1.032	1.032	1.032

Tabla 23: Consistencia interna de los datos

	Casablanca
Correlación entre las dos mitades	0,77
Coeficiente α del total de la escala	0,86
Coeficiente α de los ítems pares	0,71
Coeficiente α de los ítems impares	0,79

En la tabla 24 se expone información relativa a la aportación de cada uno de los ítems a la consistencia interna de la escala. Así, se constata que el coeficiente alfa de Cronbach excluyendo cada uno de los mismos es similar en todos los casos, lo que indica la homogeneidad del cuestionario y la contribución proporcional de cada ítem al conjunto total de la escala. Además, al excluirlas de forma aislada se comprueba que para todos los ítems, el coeficiente de correlación excluyendo el ítem disminuye, indicando también la consistencia de esta proporcionalidad.

El asterisco situado en algunos ítems y que se refleja en las tablas referidas a la consistencia interna de los instrumentos, implica que su codificación es inversa a las puntuaciones directas obtenidas en el cuestionario.

Tabla 24: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems

Ítem	Nombre	Media	Desviación	r Correlación de la escala excluyendo el ítem	R Coeficiente de correlación múltiple al cuadrado	Índice α (excluyendo el ítem)
1*	PERSA01	2,53	0,79	0,64	0,50	0,85
2	PERSA02	3,00	1,02	0,55	0,45	0,85
3	PERSA03	2,78	1,04	0,48	0,36	0,85
4	PERSA04	3,62	0,85	0,53	0,39	0,85
5*	PERSA05	3,91	0,86	0,45	0,35	0,86
6	PERSA06	3,02	0,95	0,57	0,53	0,85
7*	PERSA07	3,51	0,94	0,31	0,30	0,86
8	PERSA08	2,54	1,01	0,16	0,29	0,86
9	PERSA09	2,96	0,88	0,24	0,29	0,86
10*	PERSA10	3,32	1,04	0,62	0,53	0,85
11	PERSA11	2,84	0,78	0,18	0,26	0,86
12*	PERSA12	3,92	1,22	0,32	0,26	0,86
13*	PERSA13	2,95	1,09	0,45	0,36	0,85
14*	PERSA14	3,20	0,91	0,19	0,24	0,86
15	PERSA15	3,80	0,67	0,24	0,16	0,86
16*	PERSA16	3,31	1,09	0,37	0,22	0,86
17	PERSA17	3,01	0,80	0,32	0,31	0,86
18*	PERSA18	3,53	0,95	0,34	0,33	0,86
19*	PERSA19	3,75	0,97	0,55	0,40	0,85
20	PERSA20	2,90	0,91	0,10	0,26	0,86
21	PERSA21	3,23	0,98	0,69	0,56	0,85
22	PERSA22	3,96	0,68	0,19	0,15	0,86
23*	PERSA23	2,52	0,93	0,21	0,30	0,86
24*	PERSA24	2,42	0,88	0,10	0,12	0,86
25*	PERSA25	3,36	1,03	0,57	0,45	0,85
26*	PERSA26	3,92	0,94	0,50	0,43	0,85
27*	PERSA27	4,10	0,72	0,32	0,23	0,86
28*	PERSA28	4,01	0,75	0,51	0,44	0,85
29	PERSA29	2,89	0,91	0,56	0,50	0,85

Las diferentes dimensiones del cuestionario de percepción de salud utilizadas en este trabajo, junto con el nombre de la variable por el que se le denominará en posteriores análisis y los elementos de los que se compone, se refleja en la tabla 25.

3.2.3.2.2. Cuestionario de Apoyo Comunitario (AC-90).

El AC-90 se trata de un instrumento compuesto por dos escalas. La primera de ellas incorpora 11 ítems, a través de los que recoge la participación e integración comunitaria. La segunda parte abarca 14 ítems agrupados en dos factores a través de los que se analiza el apoyo que los vecinos infieren de los sistemas formales e informales en caso de necesidad. Es por ello, que globalmente se puede considerar como un cuestionario con cuatro subescalas.

Tabla 25: Nombre de las variables y elementos del cuestionario CPS-81

Variable	Nombre	Elementos
SALUDF1	Salud actual	04 + 06 + 17 + 21 + 29 + (24 - (10 + 13 + 25 + 28))
SALUDF2	Salud anterior	18 - (10 + 19 + 26)
SALUDF3	Expectativas de salud	11 + 22 + (12 - (07 + 18))
SALUDF4	Resistencia a la enfermedad	09 + 15 + (12 - (05 + 27))
SALUDF5	Preocupación por la salud	14 + 25 + (12 - (08 + 20)) + (5 - 03)
SALUDF6	Orientación a la enfermedad	16 + 24
SALUDFI	Índice general de salud	04 + 06 + 08 + 09 + 11 + 15 + 17 + 21 + 22 + 29 + (72 - (05 + 07 + 10 + 12 + 13 + 14 + 18 + 19 + 25 + 26 + 27 + 28))

a) Participación e integración comunitaria.

Los resultados de este cuestionario revelan que las puntuaciones medias de los ítems impares son superiores que las puntuaciones medias de los ítems pares (tabla 26). De hecho, esta discrepancia se revela también en los análisis de fiabilidad, así la consistencia interna de los ítems impares es menor que la de los ítems pares (tabla 27). No obstante, tanto la desviación típica como el error típico son similares.

Tabla 26: Análisis estadístico de las puntuaciones del cuestionario

Estadísticos	Total	Total/11	Pares	Impares
Media	32,67	2,98	14,42	18,24
Desviación típica	5,59	0,51	3,01	3,01
Error típico	0,17	0,02	0,09	0,09
Máximo	54,00	4,91	25,00	30,00
Mínimo	13,00	1,18	5,00	6,00
Observaciones	1.032	1.032	1.032	1.032

Tabla 27: Consistencia interna de los datos

	Casablanca
Correlación entre las dos mitades	0,46
Coefficiente α del total de la escala	0,79
Coefficiente α de los ítems pares	0,63
Coefficiente α de los ítems impares	0,58

La estimación de la fiabilidad más baja se corresponde con el procedimiento utilizado del cálculo de correlación entre dos mitades. Estos resultados deberían relativizarse porque, como plantea Anastasi (1968), al dividir por dos el número total de ítems ($n/2$), el resultado es siempre menor al coeficiente de correlación que se obtendría para el total de los elementos de la escala. No obstante, el coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,7 implica un grado de fiabilidad importante.

Al analizar en la tabla 28 los coeficientes de correlación para los diferentes ítems, se puede observar cómo el ítem número 1 presenta una media considerablemente superior a los ítems de participación (6,7,8,9,10,11), pero su inclusión en el instrumento se justifica por la información que se desprende del mismo (me encuentro a disgusto dentro de mi barrio o comunidad: se entiende que al no encontrarse bien en la comunidad de referencia, difícilmente se van a adoptar comportamientos participativos dentro de la misma). El resultado del ítem nº 1 es $r = 0,19$, que puede interpretarse como una puntuación baja, pero en este sentido, se ha de considerar como algo positivo porque dicha información esta en relación inversa con la participación e integración en el barrio. Por tanto, este ítem es necesario en la escala ya que al excluirlo la correlación del total del cuestionario también desciende. En las puntuaciones alfa de Cronbach, se ratifica la relativa importancia de cada uno de los ítems al conjunto total de la escala y se comprueba la homogeneidad del cuestionario.

Tabla 28: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems

Ítem	Nombre	Media	Desviación	r correlación de la escala excluyendo el ítem	R coeficiente de correlación múltiple al cuadrado	Índice α (excluyendo el ítem)
1*	PARTI01	4,14	0,75	0,19	0,10	0,78
2	PARTI02	3,59	0,84	0,41	0,34	0,76
3	PARTI03	3,26	0,78	0,46	0,28	0,76
4*	PARTI04	3,36	1,05	0,34	0,17	0,77
5	PARTI05	3,52	0,93	0,42	0,33	0,76
6	PARTI06	2,35	0,94	0,59	0,51	0,74
7	PARTI07	2,27	0,87	0,61	0,59	0,74
8	PARTI08	2,19	0,89	0,54	0,46	0,75
9*	PARTI09	2,48	0,94	0,38	0,22	0,77
10	PARTI10	2,94	1,00	0,46	0,23	0,76
11*	PARTI11	2,57	0,99	0,37	0,23	0,77

b) Apoyo en los sistemas formales e informales.

Con respecto al cuestionario sobre el apoyo percibido procedente de sistemas formales e informales, en la tabla 29 se puede observar cierta similitud en las puntuaciones obtenidas en los ítems pares e impares, (media, desviación y error típico, máximo y mínimo), lo que revela una cierta homogeneidad de los ítems.

Tabla 29: Análisis estadístico de las puntuaciones del cuestionario

Estadísticos	Total	Total/14	Pares	Impares
Media	49,35	3,53	25,03	24,32
Desviación típica	7,93	0,57	4,13	4,08
Error típico	0,25	0,02	0,13	0,13
Máximo	70,00	5,00	35,00	35,00
Mínimo	14,00	1,00	7,00	7,00
Observaciones	1.032	1.032	1.032	1.032

Dicha homogeneidad se refleja en los diferentes índices de consistencia interna para la escala, especialmente en la fiabilidad obtenida por el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (tabla 30).

Tabla 30: Consistencia interna de los datos

	Casablanca
Correlación entre las dos mitades	0,71
Coeficiente α del total de la escala	0,90
Coeficiente α de los ítems pares	0,81
Coeficiente α de los ítems impares	0,82

En la tabla 31 se presentan los datos estadísticos correspondientes a cada ítem del cuestionario. Si se presta atención a los coeficientes a resultantes de la escala, una vez excluidos cada uno de los ítems, se comprueba que todos realizan una contribución similar al conjunto de la misma, mostrando por tanto el cuestionario en su conjunto una elevada coherencia.

Tabla 31: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems

Ítem	Nombre	Media	Desviación	r correlación de la escala excluyendo el ítem	R coeficiente de correlación múltiple al cuadrado	Índice α (excluyendo el ítem)
12	APOYO01	3,34	0,93	0,66	0,52	0,89
13*	APOYO02	3,61	0,85	0,60	0,47	0,90
14	APOYO03	3,59	0,77	0,67	0,50	0,89
15*	APOYO04	3,43	0,95	0,66	0,55	0,89
16*	APOYO05	3,30	0,97	0,60	0,47	0,90
17	APOYO06	3,58	0,80	0,65	0,49	0,89
18	APOYO07	3,39	0,83	0,70	0,60	0,89
19	APOYO08	3,47	0,83	0,72	0,65	0,89
20	APOYO09	3,27	0,89	0,62	0,49	0,90
21*	APOYO10	3,50	0,95	0,69	0,54	0,89
22	APOYO11	3,70	0,76	0,49	0,41	0,90
23*	APOYO12	3,68	0,81	0,41	0,36	0,90
24	APOYO13	3,74	0,70	0,49	0,48	0,90
25	APOYO14	3,76	0,80	0,42	0,44	0,90

En la tabla 32 se analiza la escala en su conjunto (el AC-90) y se presenta el nombre de las variables y de los ítems que las configuran. Se entiende que, a una mayor puntuación en cada uno de los cuatro factores, más elevada es la participación, integración y percepción de apoyo comunitario (sistemas formales e informales) del encuestado en su comunidad.

Tabla 32: Nombre de las variables y elementos del cuestionario AC-90

Variable	Nombre	Elementos
PartF1	Participación	06 + 07 + 08 + 10 + (12 - (09 + 11))
PartF2	Integración	02 + 03 + 05 + (12 - (01 + 04))
PartF3	Sistemas informales	12 + 14 + 17 + 18 + 19 + 20 + (24 - (13 + 15 + 16 + 21))
PartF4	Sistemas formales	22 + 24 + 25 + (6 - (23))

3.2.3.2.3. Cuestionario de conductas y hábitos saludables (CS-94).

Para evaluar las conductas que suponen un riesgo para la salud, este cuestionario consta de tres subescalas o índices independientes que proporcionan información con respecto a: consumo de sustancias -alcohol y tabaco- actividad física -ejercicio físico, deporte y sedentarismo- y conductas no saludables -consumo de café, no mantenimiento del peso ideal y ausencia de higiene bucodental-. Dentro del amplio abanico de posibilidades disponibles en cuanto a conductas saludables y estilos de vida, los autores del cuestionario realizaron esta selección en función de criterios teóricos (hábitos nocivos y sus correspondientes riesgos, comportamientos saludables, etc., cuya importancia ha sido ampliamente constatada por la literatura científica) y metodológicos (un cuestionario excesivamente amplio hubiera restado fiabilidad al instrumento) (Herrero, 1994).

La composición de estos índices, junto con la denominación de la variable que se utilizará en posteriores análisis, se refleja en la tabla 33. Así, por ejemplo, el consumo de sustancias aglutina la información contenida en los ítems del 1 al 4 relativa a indicadores sobre tipo de sustancias, cantidad de ingesta y frecuencia del consumo (ver cuestionario en el anexo II).

Se han asignado de 1 a 3 puntos de riesgo en la salud, dependiendo de que el consumo fuera moderado, elevado o muy elevado. El mismo procedimiento se ha utilizado para la codificación de la inactividad física y los hábitos insanos.

Este procedimiento de asignación de riesgo resuelve el problema de la aditividad de los resultados de las escalas, al incluir sólo las magnitudes que representan un riesgo evidente para la salud. Por ejemplo en el consumo de cigarrillo, fumar entre 10 y 20 unidades al día, presenta un nivel razonable de riesgo para la salud (valorable en dos puntos de una escala de riesgo), fumar más de 20 cigarrillos al día implica un riesgo mayor (valorable en tres puntos).

Tabla 33: Nombre de las variables y elementos del cuestionario CS-94

Variable	Nombre	Elementos
CONSAF1	Consumo de sustancias	(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) = (0, 0, 0, 0, 1, 2, 3); $1 + 2 + 3 + 4$
CONSAF2	Inactividad	(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) = (0, 0, 0, 0, 1, 2, 3); 5
CONSAF3	Conductas insanas	(1, 2, 3, 4, 5) = (0, 0, 0, 1, 2); $7 + 8$

Dada la independencia de los índices, no se precisa su correspondiente análisis de fiabilidad, ya que no tienen porqué guardar entre sí relación estadística. Además entre aquellos ítems en los que, por la evidencia de la literatura científica, se constata cierta relación como puede ser el caso de los ítems relativos al consumo de bebidas alcohólicas, la brevedad de la escala desaconseja este tipo de análisis psicométrico.

3.2.3.3. Características de los instrumentos no estandarizados.

Los dos instrumentos no estandarizados empleados en esta investigación son el Cuestionario de Dolencias Percibidas y Diagnosticadas y el de Recursos Específicos de Salud, ambos diseñados a partir de los indicadores empleados en las encuestas nacionales de salud y de la encuesta local de Zaragoza.

Como ya se señaló, en el primero de ellos el uso de la clasificación WONCA para el diagnóstico pretende ser uno de los indicadores objetivos de la salud del encuestado, ya que en el interviene un profesional sanitario que dictamina una determinada complicación (Comité Internacional de Clasificación de la WONCA, 1999). Además, viene a complementar los aspectos perceptuales y psicosomáticos aportados por el resto del cuestionario en relación a la morbilidad percibida aguda, crónica y la incapacitación.

El instrumento de Recursos Específicos de Salud se diseñó con el objetivo de profundizar en la referencia común que para todos los residentes del barrio supone el centro de salud, entendiéndolo como un recurso formal de salud en el distrito y por tanto como un recurso de apoyo comunitario. Contempla las siguientes dimensiones: utilización de servicios sanitarios (consultas médicas y de trabajo social /motivo/profesional/tiempo de espera y consulta/satisfacción con la atención recibida /utilización de servicios sanitarios cuya financiación no contempla la seguridad social y utilización de servicios alternativos (curanderos, homeópatas, naturistas, acupuntores, otros).

La potencialidad del cuestionario para desarrollar una evaluación específica de la interacción usuario – centro de salud, respondiendo a cuestiones sobre el perfil del usuario, las demandas realizadas y su grado de satisfacción, llevó al equipo de investigación a considerar pertinente dejar abiertas dos preguntas al final del mismo. En ellas, el usuario daba respuesta a cual podría ser la principal fuente de mejora de los servicios sanitarios y de su propia salud. Se decidió ubicarlas al final del cuestionario para no se sesgar las contestaciones y recoger “literalmente” la riqueza de su contenido comunitario. Dichas cuestiones permiten conocer directamente la opinión de los encuestados sobre posibles necesidades de cambio y alternativas de solución.

Para ello, se recurre a un proceso de análisis cualitativo/cuantitativo de las respuestas a las preguntas abiertas (Taylor y Bodgan, 1992) que se explicita a continuación.

a) Fases del proceso de codificación:

Las preguntas abiertas se codifican una vez que se conocen todas las respuestas de los sujetos, empezando con una muestra piloto y utilizando un sistema de jueces externos que garantice la replicabilidad de los criterios de codificación.

El procedimiento consiste en encontrar y darles nombre a los patrones generales de respuesta (respuestas similares o comunes), listar estos patrones y después asignar un valor a cada patrón. Así, un patrón constituirá una categoría de respuesta.

La tabla 34 sintetiza los pasos del procedimiento básico para el cierre de preguntas abiertas, basado parcialmente en Rojas (2001, pp.150-151).

Tabla 34: Procedimiento básico para el cierre de preguntas abiertas

1. <i>Seleccionar</i> determinado número de cuestionarios mediante un proceso adecuado de muestreo, asegurando la representatividad de los sujetos investigados.
2. <i>Observar la frecuencia</i> con que aparece cada respuesta a la pregunta.
3. <i>Elegir las respuestas</i> que se presentan con mayor frecuencia (patrones generales de respuesta).
4. <i>Clasificar las respuestas elegidas</i> en temas de acuerdo a un criterio lógico, cuidando que sean mutuamente excluyentes.
5. <i>Darle un nombre o título a cada tema</i> (patrón general de respuesta).
6. <i>Asignarle el código a cada patrón de respuesta</i> .

En la presente investigación, la categorización de las respuestas se realizó en las siguientes fases secuenciales:

- Transcripción literal de las aportaciones del encuestado en el momento de la entrevista. El entrevistador tenía consigna expresa de no influir sobre la contestación de la persona y de reproducir exactamente dichas verbalizaciones. Esta premisa ha de relativizarse por varios factores: el elevado número de entrevistadores (15) y de encuestados (1.032), la situación y el momento de la entrevista, la duración amplia de la misma, etc., que pueden haber influido en una recogida de información heterogénea y en ocasiones resumida, sin olvidar las dificultades léxicas y gramaticales en el habla utilizada por el encuestado/a.
- Selección aleatoria de 100 cuestionarios, para la realización de un diseño provisional de patrones generales de respuesta. Para evitar los sesgos personales y territoriales, se eligieron distintos bloques de cuestionarios en las tres zonas de análisis (Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras) y se explicitaron las posturas del equipo de investigación con respecto a sus propias fuentes de mejora de su salud. En cuanto a la composición del equipo de jueces externos se contó con un economista, un psicólogo y un trabajador social independientes al desarrollo de la investigación.
- Se seleccionaron posibles patrones de interpretación basados en el análisis y la frecuencia de las contestaciones.
- En un segundo barrido de las contestaciones seleccionadas, surge la necesidad de subdividir y agrupar ciertos patrones próximos entre sí. En ese momento, se redefinieron los criterios y en especial el bloque temático, en el que aparecen subapartados. La validación de la clasificación se realizó con el consenso del equipo interdisciplinar y el apoyo de los asesores especializados externos. En los siguientes apartados b) y c), se hace una definición teórico-operativa de los criterios de las respuestas más frecuentes.

- Catalogación definitiva y extrapolación en el total de la muestra (1.032 encuestados). En este apartado las contestaciones que no se ajustaban a los patrones establecidos se integran en nuevos índices. La fiabilidad de los criterios se realizó en el caso de respuestas de difícil clasificación, por el consenso del equipo de investigación.
- Informatización de las contestaciones. Se diseñó una base de datos específica en el programa SPSS 11.0 cuya estructura interna consistía en un campo específico para el código del cuestionario (con el fin de poder localizarlo y ampliar la información cuando así fuese necesario) y otra serie de campos para la interpretación de las respuestas. Este procedimiento permite el cruce con el resto de los datos de la muestra, ya que ha sido coherente con la sistematización de las preguntas del instrumento.
- Detección y corrección de los errores y de los datos no válidos. En los que se detectaron dos fuentes principales. Principalmente el fallo en la codificación de las respuestas del cuestionario, ya que pese a mantenerse diversas reuniones, en algunas fuentes de mejora, fue difícil llegar a un consenso sobre su interpretación que no resultara arbitrario. La siguiente fuente de error se encontró en la transcripción de la respuesta.

b) Definición y distribución de categorías en cuanto a la principal fuente de mejora de salud percibida por el encuestado.

Las respuestas a la cuestión: “en su opinión, *¿cuál cree que sería la principal fuente de mejora de su salud?*” se sistematizaron en función de tres criterios:

1. Criterio temático: hábitos y estilos de vida, problemas de salud, sistema sanitario, cuestiones sociales y otros.
2. Definición con respecto al bienestar: bienestar, enfermedad e inespecífico.
3. Locus de control: interno (una mejora en la salud depende del comportamiento o la contribución del encuestado), externo sanitario (el encuestado se refiere al sistema de salud como la fuente más importante de mejora de su salud), externo no sanitario (el encuestado se refiere a un factor que es independiente del sistema sanitario y a él mismo como principal fuente de mejora) e inespecífico (la categoría inespecífica se reserva para aquellas respuestas que por su brevedad y/o ambigüedad no se pueden contemplar en las codificaciones anteriores).

En la tabla 35 se presentan algunos ejemplos que ilustran la utilización de estos criterios.

c) Definición y distribución de categorías en cuanto a la principal fuente de mejora del sistema sanitario percibida por el encuestado.

Las respuestas obtenidas en la pregunta: “en su opinión, *¿cual cree que sería la principal fuente de mejora de los servicios de salud?*”, han sido analizadas en función de un criterio temático. Las categorías resultantes y sus correspondientes ejemplos se presentan en la tabla 36.

Tabla 35: Criterios de sistematización y ejemplos de su utilización en las respuestas dadas a la principal fuente percibida de mejora de la salud

1. Criterio temático	
1.1. Estilos de vida	
Deporte	"hacer más deporte", "hacer un poco de ejercicio físico"
Dieta	"controlarse en comidas y bebidas", "perder kilos", "beber agua"
Tabaco, alcohol, café	"fumar menos", "dejar de fumar"
Relax	"vivir más relajada", "tener más vacaciones", "relajarme"
Cuidados personales	"tener más cuidado con el frío", "llevar una vida más sana", "cuidarse ella misma", "cambiar hábitos nocivos"
1.2. Problemas de salud	
Enfermedades, dolencias	"no tener alergias" "menos dolores", "no tener que utilizar gafas", "enfriarse menos"
1.3. Sistema sanitario	
Servicios	"operándome", "la rehabilitación", "asistencia inmediata", "más revisiones"
Medidas preventivas	"que descubrieran la vacuna para la hepatitis", "tratamiento preventivo informativo"
1.4. Cuestiones sociales	
Laborales	"menos trabajo" "trabajar", "encontrar trabajo", "no hacer exámenes"
Relaciones personales	"estar bien con la familia", "estar bien con los vecinos", "la curación de su hija"
Medio ambiente	"viviendo en la montaña", "baños termales", "menos contaminación"
1.5. Otros	"que me tocara la lotería", "rejuvenecer", "la suerte", "tener menos años"
2. Definición con respecto al bienestar	
2.1. Bienestar	"mejora del puesto de trabajo", "estar bien", "salir de lo cotidiano"
2.2. Enfermedad	"no tener dolores", "reducir el estrés", "tratamiento para migrañas"
2.3. Inespecífico	"tomar menos sal en las comidas", "la preocupación", "cuidarme más"
3. Locus de control	
3.1. Interno	"si dejara de fumar", "no consumir alcohol", "estar callada", "su mente"
3.2. Externo sanitario	"mayor seguimiento del paciente", "homeopatía", "tratamiento bueno", "vacuna contra catarros"
3.3. Externo no sanitario	"que mejore el tiempo", "que me toque la lotería", "una pensión digna", "no tener que cuidar a su madre"
3.4. Inespecífico	"vivienda", "resolver la falta de dinero", "menos problemas"

Tabla 36: Categorías temáticas utilizadas en la sistematización de las respuestas a la principal fuente de mejora de los servicios de salud

1. Bloque temático	
1.1. Material e infraestructura	"el dinero público", "más hospitales", "más consultorios", "poner más servicios", "más medios"
1.2. Administrativo	"menos listas de espera en especialistas", "más rápida la atención"
1.3. Trato humano	"asistencia más humana", "escuchar a la gente", "personal más amable", "atención más personalizada"
1.4. Cuestiones técnicas	"más profesionalidad", "médicos más competentes", "mejor competencia", "que haya buenos profesionales"
1.5. Política sanitaria	"mejor planificación", "privatización", "llevar a cabo el informe Abril Martorell"
1.6. Propios usuarios	"mayor participación", "colaboración de todos", "más paciencia de los usuarios", "utilizar correctamente los servicios"

3.2.3.4. Prueba de implementación de los instrumentos y sus variables.

La realización de la prueba piloto se efectuó sobre un grupo reducido de personas ($n=60$) en las que estaban representados los diferentes estratos que componían la muestra (tabla 37) y se realizaron las correspondientes entrevistas con la versión inicial del instrumento.

Tabla 37: Estratificación de la muestra piloto por edad y sexo

Intervalos en función de la Edad \ Sexo	Población N = 6.514		Muestra piloto n = 60	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	Fr relativa	Fr relativa	Nº cuestionarios	Nº cuestionarios
<i>Juventud</i>	<i>16,78</i>	<i>15,90</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
<i>Adultos</i>	<i>22,97</i>	<i>24,67</i>	<i>14</i>	<i>14</i>
<i>Tercera edad</i>	<i>8,40</i>	<i>11,28</i>	<i>5</i>	<i>7</i>
<i>Totales</i>	<i>48,14</i>	<i>51,86</i>	<i>29</i>	<i>31</i>

Los objetivos fundamentales perseguidos con su realización fueron: constatar la adecuación del cuestionario y de las preguntas, su secuencia lógica, evaluar las respuestas y su análisis estadístico, prever el cierre de las preguntas abiertas, así como recoger las dificultades detectadas por el equipo de encuestadores.

Esta primera fase contribuyó al diseño definitivo de la encuesta, a través de la realización de una serie de modificaciones con relación a la versión original. Por ejemplo, se suprimieron las cuestiones en las que podía inferirse un elevado grado de deseabilidad social (más del 98% de coincidencia en la respuesta, como es el caso utilizar en la carretera el cinturón de seguridad del vehículo), introducir una serie de mensajes aclarativos a cada una de las escalas del cuestionario y diseñar plantillas visuales de las alternativas de respuesta para las personas mayores.

3.2.4. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS UTILIZADAS

En primer lugar, se procedió al estudio descriptivo de los datos en cada una de sus variables. Para ello se realizó un análisis de frecuencias, con los siguientes estadísticos: indicadores de tendencia central (media y error típico de la media), indicadores de dispersión (desviación típica, rango, mínimo y máximo) e indicadores de posición (percentiles).

Dado el tamaño muestral elevado ($n>60$), es posible asumir la normalidad para la distribución muestral, ya que los estimadores calculados en muestras grandes, según se deriva del teorema de límite central, tienden a aproximarse a la distribución normal (Martínez-González, Sánchez-Villejas y Toledo, 2006).

A continuación, se procedió a un análisis factorial de una sola vía (ANOVA) y de pruebas de contraste a posteriori (procedimiento de rangos estudentizados de Tukey), para establecer si las diferencias observables en los valores obtenidos de percepción de salud son significativas (con un nivel de significación $p \leq 0,05$) en función de los diferentes factores de agrupación o variables independientes del estudio, y en caso afirmativo, profundizar en el sentido de esa diferencia de medias encontradas entre los diferentes grupos.

También se realizó un estudio de las correlaciones existentes entre el índice general de salud y las diferentes variables cuantitativas del estudio para examinar la dirección y la magnitud de dicha relación. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r), con un nivel de significación $p \leq 0,01$.

El análisis estadístico se completó con dos análisis multivariantes. En primer lugar un análisis discriminante, para tratar de describir las diferencias existentes entre dos grupos de individuos: los que refirieron tener mejor salud y los que refirieron tener peor salud, en base a los valores que tomen diferentes variables explicativas sobre los individuos de cada uno de estos grupos. A continuación, un análisis de regresión lineal, para estimar el comportamiento de la percepción de la salud de los vecinos en función de las variables zona de residencia, las variables sociodemográficas y del sexo poblacional.

La constitución de los grupos del análisis discriminante (vecinos/as con percepción de mejor salud, vecinos/as con percepción de peor salud) se realizó a través de un procedimiento estadístico de cluster K-Medias, que maximiza el promedio de la variación entregupo y minimiza la variación intragupo. Este mismo procedimiento se utilizó para constituir grupos en las variables de integración (mejor integrados y peor integrados), participación (poco participativos y muy participativos), y confianza en los sistemas formales e informales de apoyo (mucha confianza y poca confianza).

En el caso de los grupos de comportamientos de riesgo para la salud: consumo de sustancias, sedentarismo y conductas insanas (mucho riesgo y poco riesgo), se distribuyeron los grupos en función de las puntuaciones de riesgo en cada variable (Anexo III).

Posteriormente, se recurre al análisis de las funciones discriminantes (combinaciones lineales del conjunto de variables independientes) y su nivel de significación, a través del estudio del coeficiente de correlación canónica (η) y del estadístico Lambda de Wilks (Λ).

Además, con el análisis discriminante se persigue determinar cuáles de las variables explicativas son las que más contribuyen a esta diferencia (o expresado de otro modo, cuantificar el peso de cada variable en la discriminación). Este análisis posibilita el identificar los puntos “fuertes” que caracterizan al grupo que mejor valora su salud, y los puntos “débiles” del grupo que peor la valora.

Se ha utilizado el método de selección de variables paso a paso (*stepwise*), utilizando como criterio de entrada y salida de variables el de minimizar el valor estadístico del Lambda de Wilks, con un nivel de significación de 0,05 para entrar y

0,10 para salir. De esta manera, sólo se integran en el modelo discriminante aquellas variables que más contribuyen a separar los grupos, desestimando aquellas cuya contribución sea escasa, bien porque no son relevantes o porque la información que aportan ya esté recogida por alguna (o varias) de las variables ya incluidas en el modelo y resulten redundantes. Una vez seleccionadas las variables, los criterios más utilizados para definir el peso de las mismas en la discriminación son la posición de los centroides de grupo, los coeficientes estandarizados y los coeficientes de correlación o de estructura.

Como último paso del análisis discriminante, y con el objetivo de profundizar en la capacidad de predicción de la función obtenida, se realizó una tabla de confusión o tabla de frecuencias cruzadas que presenta para la variable percepción de salud, la clasificación de los resultados realizada a partir de las puntuaciones de las variables independientes y se compara con el agrupamiento de los casos obtenidos en el análisis de cluster.

En la regresión, se ha empleado un método lineal especificado en Mínimos Cuadrados Ordinarios, dada la naturaleza continua de la variable dependiente (el índice general de salud). Las variables explicativas empleadas fueron la zona de residencia, el sexo y las variables sociodemográficas edad, nivel educativo, situación laboral e ingresos. Todas ellas han sido construidas como variables dummy, de tal manera que los resultados se interpretan siempre en función de la variable o categoría que se deja fuera.

Todos los análisis mencionados se realizaron con el programa SPSS versión 11.0 para Windows.

4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se detallan los resultados principales del estudio mediante su análisis descriptivo en la población objeto de estudio. Se sigue el orden de la presentación de las variables establecida en la tabla 21.

A continuación, se profundiza en la relación existente entre la percepción de salud y sus diferentes determinantes sociales, a través de dos vías: por un lado, estableciendo grupos poblacionales en función de los diferentes factores diana de los cuestionarios y comparando dichos grupos en la variable de percepción de salud. En segundo lugar, se presentan las correlaciones existentes entre el índice general de percepción de salud y las diferentes variables cuantitativas.

Finalmente, se presentan los resultados de los métodos multivariante empleados. En primer lugar los del análisis discriminante en el que se agrupará a la población de la muestra en dos clusters formados a partir de la percepción de salud y se observará cuáles son las diferencias que se dan entre los mismos. En segundo lugar los del análisis de regresión lineal en mínimos cuadrados ordinarios para estimar el comportamiento de la percepción de salud en función de la zona de residencia, de las variables sociodemográficas y del sexo de las personas encuestadas.

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

4.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Dada la importancia de la zona de residencia en esta tesis, se ha considerado oportuno añadir a los datos descriptivos totales de las variables sociodemográficas, las tablas de contingencia pertenecientes a las tres unidades comunitarias seleccionadas: Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras.

4.1.1.1. Sexo y edad.

Como puede apreciarse en las tablas 38 y 39, la distribución de edades y sexos en la muestra, se corresponde al diseño previsto inicialmente (ver tabla 17) y es representativa tanto por número como por su proporcionalidad, con el universo del estudio y sus respectivos estratos (hombre / mujer; juventud / adultos / tercera edad). Se ha entrevistado a 497 hombres y 535 mujeres. Estas frecuencias suponen una proporción de un 48,2% y un 51,8% respectivamente de la muestra. La media muestral en cuanto a la edad es de 41,62 años, siendo la moda de 18 y la desviación típica de 18,36.

Como se apuntaba en el epígrafe 3.2.2 del capítulo anterior, las diferencias territoriales del distrito se reflejan en su composición demográfica: Viñedo Viejo, siendo el núcleo originario de la zona es el que presenta una mayor proporcionalidad en cuanto a las edades (sobre el total de la muestra: juventud 15%, adultos 29,7%, tercera edad 15,1%). No hay que olvidar que el casco histórico fue el asentamiento original del

barrio y posteriormente se desarrollaría la zona de las Nieves (sobre el total de la muestra: juventud 12,6%, adultos 12,9% y tercera edad 4,6%) y por último Fuentes Claras (sobre el total de la muestra: juventud 5%, adultos 5%).

Tabla 38: Análisis descriptivo de la edad y el sexo

Percentiles	Edad encuestado	Hombres		Mujeres		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
10	18	Juventud (de 15 a 29 años)	173	16,8	164	15,9
20	22					
30	28					
40	33	Adultos (de 30 a 59 años)	237	23,0	255	24,7
50	41					
60	46	Tercera Edad (mas de 60 años)	87	8,4	116	11,2
70	52					
80	59	Total	497	48,2	535	51,8
90	68					
Media	41,62					
Moda	18,00					
Des.típ.	18,36					

Tabla 39: Frecuencias absolutas y relativas (%) sobre el total de la muestra en función de la edad y sexo y distribuido por zonas

	Jóvenes (de 15 a 29 años)	Adultos (de 30 a 59 años)	3ª Edad (mayores de 60 años)	Total
VIÑEDO VIEJO				
Hombres	70 (6,8%)	152 (14,7%)	40 (3,9%)	
Mujeres	85 (8,2%)	155 (15,0%)	116 (11,2%)	
Total	155 (15,0%)	307 (29,7%)	156 (15,1%)	618 (59,9%)
LAS NIEVES				
Hombres	77 (7,5%)	59 (5,7%)	47 (4,6%)	
Mujeres	53 (5,1%)	74 (7,2%)	-	
Total	130 (12,6%)	133 (12,9%)	47 (4,6%)	310 (30,0%)
FUENTES CLARAS				
Hombres	26 (2,5%)	26 (2,5%)	-	
Mujeres	26 (2,5%)	26 (2,5%)	-	
Total	52 (5,0%)	52(5,0%)	-	104 (10,1%)
TOTAL DISTRITO				1.032 (100%)

4.1.1.2. Estado civil.

En cuanto al estado civil de los encuestados destaca una amplia mayoría de personas que están casadas o residen con una pareja estable en el distrito (59% del total de la muestra). Los solteros, con un 33,9% del total, son el siguiente grupo por frecuencia de respuesta.

Tabla 40: Distribución de frecuencias por categorías de la variable: estado civil

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Soltero/a	350	33,9
Casado/a (pareja estable)	609	59,0
Separado / divorciado/a	22	2,1
Viudo/a	51	4,9
Total	1.032	100,0

La diversa composición demográfica de las tres zonas (ver tabla 41) se traduce en una mayor proporción de viudos/as y matrimonios en Viñedo Viejo (7,8% y 62,5% respectivamente) frente a Las Nieves y Fuentes Claras (viudos: 0,6% y 1%; casados: 55,5% y 49% respectivamente para cada zona).

En la zona de urbanización más reciente, Fuentes Claras se da una distribución equilibrada entre el porcentaje de los sujetos solteros y casados (49% para ambos grupos). Las personas solteras son, en su mayoría, hijos jóvenes de los matrimonios (como se puede deducir de las tablas 39 y 49).

Tabla 41: Distribución de frecuencias del estado civil en función de la zona

Categorías	Viñedo Viejo		Las Nieves		Fuentes Claras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Soltero/a	168	27,2	131	42,3	51	49,0
Casado/a (pareja estable)	386	62,5	172	55,5	51	49,0
Separado / divorciado/a	16	2,6	5	1,6	1	1,0
Viudo/a	48	7,8	2	0,6	1	1,0
Total	618	100,0	310	100,0	104	100

4.1.1.3. Situación laboral.

En la muestra seleccionada trabaja un 36,9% de los encuestados. Las diferencias territoriales son considerables. Mientras en Fuentes Claras este porcentaje es de 48,1%, en Viñedo Viejo es de 35%. La misma comparación podría realizarse para los restantes grupos, por ejemplo, parados: Fuentes Claras no se entrevistó a ninguno, Viñedo Viejo a 60 personas en esta situación (tablas 42 y 43).

Tabla 42: Distribución de las frecuencias por categorías de la variable: situación laboral

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Trabaja	381	36,9
Parado/a	82	7,9
Estudiante	214	20,7
Sus labores	203	19,7
Jubilado, pensionista	152	14,7
Total	1032	100,0

Tabla 43: Distribución de frecuencias de la situación laboral en función de la zona

Categorías	Viñedo Viejo		Las Nieves		Fuentes Claras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Trabaja	216	35,0	115	37,1	50	48,1
Parado/a	60	9,7	22	7,1	-	-
Estudiante	84	13,6	88	28,4	42	40,4
Sus labores	154	24,9	37	11,9	12	11,5
Jubilado, pensionista	104	16,8	48	15,5	-	-
Total	618	100,0	310	100,0	104	100,0

En Fuentes Claras la proporción de personas que se dedican a tareas del hogar (11,5%) también es sensiblemente inferior que en Viñedo Viejo (24,9%). Lógicamente al ser el núcleo originario de la población y dado su progresivo envejecimiento el centro histórico cuenta con un mayor número de jubilados y/o pensionistas (Viñedo Viejo, 16,8%) frente a zonas de reciente urbanización como Fuentes Claras. Las Nieves parece situarse como grupo intermedio entre ambos extremos.

4.1.1.4. Nivel de estudios.

Con respecto al nivel de estudios, tres de cada cuatro personas entrevistadas (75,8%) han cursado la enseñanza elemental y/o secundaria. Un 5,3% de la muestra no ha cursado estudios y un 18,9% ha alcanzado una titulación universitaria (tablas 44 y 45).

Tabla 44: Distribución de las frecuencias por categorías de la variable: nivel de estudios

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Sin estudios	55	5,3
Escuela Primaria	301	29,2
Graduado escolar/F.P.1.	214	20,7
Bachiller/F.P.2./Secundaria	267	25,9
Estudios Universitarios	195	18,9
Total	1.032	100,0

Tabla 45: Distribución de frecuencias del nivel de estudios en función de la zona

Categorías	Viñedo Viejo		Las Nieves		Fuentes Claras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Sin estudios	49	7,9	6	1,9	-	-
Escuela Primaria	230	37,2	67	21,6	4	3,8
Graduado escolar/F.P.1.	141	22,8	60	19,4	13	12,5
Bachiller/F.P.2./Secundaria	131	21,2	97	31,3	39	37,5
Estudios Universitarios	67	10,8	80	25,8	48	46,2
Total	618	100,0	310	100,0	104	100,0

De nuevo, es en Fuentes Claras donde se encuentra una mayor proporción de licenciados y/o diplomados universitarios (46,2%). Viñedo Viejo es la zona de Casablanca donde se ha encuestado a más sujetos sin estudios (7,9%), aunque este dato ha de relativizarse por el peso demográfico de las personas mayores de 60 años en esta zona (15% de la muestra total).

4.1.1.5. Nivel de ingresos anuales.

Las tablas 46 y 47 reflejan la distribución de frecuencias con respecto a la variable nivel de ingresos netos anuales (de todos los miembros residentes en la unidad familiar). Un 47,8% de los vecinos del barrio obtiene unos ingresos anuales inferiores a los 12.000 euros. Un 15,1% del total de la muestra rebasan los 24.000 euros. De hecho, estos contrastes socioeconómicos son perceptibles fácilmente tanto en el tipo de construcción de las viviendas, como en las calles y su correspondiente equipamiento e instalaciones sociales (Aragón, García, Gil-Lacruz y García, 1996).

Tabla 46: Distribución de las frecuencias por categorías de la variable: nivel ingresos anual

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Menos de 6.000 €	125	12,1
Entre 6.000 y 12.000 €	368	35,7
Entre 12.000 y 18.000 €	265	25,7
Entre 18.000 y 24.000 €	118	11,4
Entre 24.000 y 30.000 €	63	6,1
Más de 30.000 €	93	9,0
Total	1.032	100,0

Tabla 47: Distribución de frecuencias del nivel ingresos anual en función de zona

Categorías	Viñedo Viejo		Las Nieves		Fuentes Claras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Menos de 6000 €	104	16,8	21	6,8	-	-
Entre 6000 y 12000 €	261	42,2	106	34,2	1	1,0
Entre 12000 y 18000 €	160	25,9	101	32,6	4	3,8
Entre 18000 y 24000 €	55	8,9	42	13,5	21	20,2
Entre 24000 y 30000 €	18	2,9	25	8,1	20	19,2
Más de 30000 €	20	3,2	15	4,8	58	55,8
Total	618	100,0	310	100,0	104	100,0

Estas cifras inciden en las diferencias socioeconómicas apuntadas anteriormente entre las tres zonas (composición demográfica, situación laboral, nivel de estudios). En Viñedo Viejo un 16,8% de las unidades familiares viven con menos de 6.000 euros anuales y sólo un 3,2% supera los 30.000 euros. En Las Nieves los ingresos anuales del 80,3% de los encuestados oscila entre los 6.000 y 24.000 euros. En Fuentes Claras un 95,2% de los entrevistados, ingresa más de 18.000 euros al año por unidad familiar.

4.1.1.6. Número de miembros que componen la unidad familiar.

Los vecinos de Casablanca, al igual que lo que sucede en el Estado Español (Requena, 2001), residen como promedio en unidades familiares compuestas por cuatro miembros (tabla 48).

Tabla 48: Distribución de frecuencias por categorías de la variable: número de miembros que componen la unidad familiar

Categorías	Frecuencias	Porcentajes	Percentiles	Nº de miembros de la unidad
1	47	4,6	10	2
2	188	18,2	20	2
3	262	25,4	30	3
4	328	31,8	40	3
5	137	13,3	50	4
6	42	4,1	60	4
7	14	1,4	70	4
8	5	0,5	80	5
10	4	0,4	90	5
11	2	0,2		
12	2	0,2		
15	1	0,1		
Total	1032	100,0	Media	3,582
			Moda	4,000
			Des.típ.	1,480

Los resultados por zonas (tabla 49) curiosamente (dado su mayor nivel de vida) revelan que es en Fuentes Claras donde se da una mayor proporción de familias numerosas (14,3% de los encuestados viven en unidades compuestas por más de 6 miembros). Este porcentaje desciende de manera considerable en Las Nieves (7,4%) y Viñedo Viejo (5%).

Tabla 49: Distribución de frecuencias en cuanto al número de miembros que componen la unidad familiar en función de zona

Categorías	Viñedo Viejo		Las Nieves		Fuentes Claras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
1	44	7,1	3	1,0	-	-
2	129	20,9	53	17,1	6	5,8
3	173	28,0	66	21,3	23	22,1
4	176	28,5	118	38,1	34	32,7
5	64	10,4	47	15,2	26	25,0
6	24	3,9	14	4,5	4	3,8
7	5	0,8	8	2,6	1	1,0
8	2	0,3	1	0,3	2	1,9
10	-	-	-	-	4	3,8
11	-	-	-	-	2	1,9
12	-	-	-	-	2	1,9
15	1	0,2	-	-	-	-
Total	618	100,0	310	100,0	104	100,0

Una de las posibles explicaciones a esta situación se puede encontrar en el tipo de edificación que caracteriza a Fuentes Claras (viviendas unifamiliares) y su correspondiente nivel de ingresos (ver tabla 47) que permite sostener económicamente un número mayor de miembros por unidad familiar. Viñedo Viejo quizás debido a la proporción de personas mayores de 60 años, es la zona que presenta una mayor frecuencia de personas que residen solas y de parejas sin hijos (28% de la zona) (contrastar con las tablas 39 y 41).

4.1.1.7. Lugar de nacimiento.

El distrito de Casablanca se caracteriza también por la heterogeneidad de sus residentes en cuanto a su lugar de nacimiento. Esta diversidad puede observarse en la tabla 50, en la que prácticamente una mitad de los encuestados son nacidos en Zaragoza (49,6%), frente a otra mitad de nacidos en otras localidades (50,4%).

Tabla 50: Distribución de las frecuencias por categorías de la variable lugar de nacimiento

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Zaragoza capital	512	49,6
Resto de Aragón	298	28,9
Resto de España	209	20,3
Extranjero	13	1,3
Total	1032	100,0

Como puede apreciarse en la tabla 51, el primer foco de residencia inmigrante fue Viñedo Viejo (con un 54,6% de población no nacida en Zaragoza capital) seguido de Las Nieves (46,5%). Fuentes Claras presenta un mayor porcentaje de personas nacidas en Zaragoza capital (63,5%) y de hecho, su colonización es posterior y en parte, debida a los procesos de especulación y el correspondiente encarecimiento del suelo del centro de la ciudad.

Tabla 51: Distribución de frecuencias del lugar de nacimiento en función de zona

Categorías	Viñedo Viejo		Las Nieves		Fuentes Claras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Zaragoza capital	280	45,3	166	53,5	66	63,5
Resto de Aragón	203	32,8	82	26,5	13	12,5
Resto de España	125	20,2	60	19,4	24	23,1
Extranjero	10	1,6	2	0,6	1	1,0
Total	618	100,0	310	100,0	104	100,0

4.1.1.8. Tiempo de residencia en Casablanca.

Los datos anteriores se complementan con el análisis del tiempo en años de residencia promedio en el distrito, observable en la tabla 52 (media = 18,96, moda = 22

desviación típica = 11,75). Más de la mitad de los encuestados de Fuentes Claras (59,6%) y coherente con su reciente ubicación, residen en la zona desde hace menos de 9 años. Por el contrario, en Viñedo Viejo una cifra similar (59,1%) se corresponde a los que llevan viviendo en el lugar más de 20 años (tabla 53).

Tabla 52: Análisis descriptivo del tiempo de residencia en el distrito

Percentiles	Años de residencia en Casablanca
10	3
20	8
30	14
40	17
50	19
60	22
70	24
80	26
90	30
Media	18,96
Moda	22,00
Des.típ.	11,75

Tabla 53: Distribución de frecuencias del tiempo de residencia en función de zona

Categorías	Viñedo Viejo		Las Nieves		Fuentes Claras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
De 0 a 3 años	52	8,4	36	11,6	19	18,3
De 4 a 9 años	64	10,4	40	12,9	43	41,3
De 10 a 19 años	137	22,2	102	32,9	25	24,0
De 20 a 39 años	320	51,8	127	41,0	17	16,3
Más de 40 años	45	7,3	5	1,6	-	-
Total	618	100,0	310	100,0	104	100,0

4.1.2. PERCEPCIÓN DE SALUD

En la tabla 54 se detallan las puntuaciones directas y los percentiles para cada una de las dimensiones evaluadas por el cuestionario CPS-81. A mayor puntuación, mejores son los resultados obtenidos en cada uno de los índices que miden la percepción de salud.

Como puede observarse, con una media de 75,36 en el índice general de salud y una desviación típica de 9,65, se infiere que el 95% de los encuestados se sitúan entre los valores 56,1 y 94,7.

4.1.3. APOYO COMUNITARIO

Las valoraciones que realizan los vecinos en relación a la participación e integración comunitarias, su grado de identificación con la comunidad y la percepción de posibles fuentes de apoyo social procedente de los sistemas informales (agrupaciones, grupos

sociales o cívicos) y de los sistemas formales (servicios sociales, centros educativos, centro de salud, etc.) se observan en la tabla 55.

El 95% de los valores se encuentran en el intervalo (11,7 - 21,7) para la variable participación. En el caso de la integración, estos valores son 10,97 y 18,8. Para la confianza en los sistemas de apoyo formales e informales, el intervalo se sitúa en (10,4 - 13,6) y (24,8 - 36,3) respectivamente.

Tabla 54: Análisis descriptivo de las dimensiones del cuestionario CPS-81

Percentiles	Salud actual	Salud anterior	Expectativas de salud	Resistencia a la enfermedad	Preocupación por la salud	Orientación a enfermedad	Índice general De salud
10	22	8	11	12	10	4	62
20	24	9	12	14	12	5	68
30	27	10	13	14	13	6	71
40	29	11	13	14	13	6	74
50	30	12	14	15	14	6	76
60	31	12	14	15	15	6	78
70	33	12	15	16	16	7	80
80	34	13	15	16	17	8	83
90	36	14	16	17	18	8	86
Media	29,42	10,99	13,84	14,77	14,22	6,27	75,36
Moda	32,00	12,00	15,00	14,00	13,00	6,00	80,00
Des.típ.	5,64	2,29	2,07	1,94	2,93	1,55	9,65

Tabla 55: Análisis descriptivo de la variables participación e integración comunitaria y apoyo en los sistemas formales e informales

Percentiles	Participación	Integración	Sistemas informales	Sistemas formales
10	14,00	12,00	28,00	12,00
20	15,00	13,00	29,00	13,00
30	16,00	14,00	30,00	13,00
40	16,00	15,00	30,00	14,00
50	16,00	15,00	31,00	14,00
60	17,00	15,00	32,00	14,00
70	18,00	16,00	32,00	14,00
80	18,00	16,00	33,00	14,00
90	20,00	17,00	34,00	15,00
Media	16,69	14,87	30,79	13,52
Moda	16,00	16,00	32,00	14,00
Des.típ.	2,51	1,95	2,77	1,57

4.1.4. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD

En la tabla 56 se presentan las puntuaciones de riesgo asociadas a cada una de las conductas en función de los percentiles. Con respecto al primer índice, el consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, la muestra es relativamente sana, ya que un 60% de la misma no acumula puntuaciones de riesgo. Sobre la inactividad y los comportamientos insanos, el 40% y el 30% de la muestra respectivamente carece de este tipo de riesgo. La “relativa salud” de la muestra que reflejan estas puntuaciones, puede deberse al

hecho de que la población encuestada no se encuentra en situación de riesgo epidemiológico y no proceda de muestras hospitalarias.

Tabla 56: Análisis descriptivo de las variables sobre comportamientos de riesgo para la salud

Percentiles	Consumo de sustancias	Inactividad	Conductas insanas
10	0,00	0,00	0,00
20	0,00	0,00	0,00
30	0,00	0,00	0,00
40	0,00	0,00	1,00
50	0,00	2,00	2,00
60	0,00	3,00	2,00
70	1,00	3,00	2,00
80	2,00	3,00	3,00
90	2,00	3,00	4,00
Media	0,65	1,55	1,72
Moda	0,00	3,00	0,00
Des.típ.	1,12	1,46	1,56

4.1.5. SALUD PERCIBIDA Y DIAGNOSTICADA

Tabla 57: Análisis de frecuencias y porcentajes (calculando cada uno sobre el 100% de la población) en la variable morbilidad percibida aguda

Morbilidad Percibida Aguda	Frecuencias	Porcentajes. Calculado cada uno sobre 100 % de la muestra
Dolor de huesos, columna o articulaciones	273	26,5%
Problemas de nervios o depresión	114	11,0%
Mareos o vahídos	59	5,7 %
Fiebre	40	3,9 %
Problemas de garganta	131	12,7 %
Dolor en el pecho	34	3,3 %
Dolor de cabeza	211	20,4 %
Contusiones, lesión o herida	44	4,3 %
Tos, catarro, gripe	194	18,8 %
Dolor de oídos	41	4,0 %
Molestias de riñón o urinarias	44	4,3 %
Tensión alta	44	4,3 %
Problemas con los dientes o encías	79	7,7 %
Problemas con el período o menopausia	39	3,8 %
Tobillos hinchados	33	3,2 %
Ahogo, dificultad para respirar	36	3,5 %
Cansancio sin razón aparente	80	7,8 %
Ronchas, picor	28	2,7 %
Molestias de hígado o vesícula biliar	10	1,0 %
Diarreas o problemas intestinales	32	3,1 %
Problemas de estómago o digestivos	70	6,8 %
Dificultad para dormir	106	10,3 %
Ojos (conjuntivitis)	46	4,5 %
Otros	40	3,9 %
No ha padecido ninguna	355	34,4
Total personas con dolencias	677	65,6

El 65,6% de las personas encuestadas ha sufrido alguna dolencia en las últimas dos semanas. Las seis molestias más frecuentemente referidas son: los dolores de huesos, columna y articulaciones, los problemas de garganta, la tos, catarro y/o gripe, el dolor de cabeza, los problemas de nervios o depresión y/o las dificultades para dormir (tabla 57).

Con respecto a la morbilidad percibida crónica, aquella en que la enfermedad se ha manifestado durante más de tres meses de forma permanente o recurrente (tabla 58), la prevalencia de dolencias percibidas se asemeja, aunque es inferior, a la manifestada en la morbilidad percibida aguda (56,2%).

Los síntomas manifestados más frecuentes se pueden agrupar en dos categorías. En un primer grupo se encuentran el reumatismo, artrosis, artritis, ciática, lumbago o dolor de espalda, la tensión alta, y las alergias y en un segundo bloque estarían: el dolor de cabeza, jaqueca, migraña, los problemas de nervios, depresión y trastornos mentales, el colesterol y las dolencias de estómago.

Tabla 58: Análisis de frecuencias y porcentajes en la variable morbilidad percibida crónica

Morbilidad percibida crónica	Frecuencias	Porcentajes. Calculado cada uno sobre 100 % de la muestra
Colesterol	71	6,9 %
Reumatismo, artrosis, artritis, ciática, lumbago o dolor de espalda	216	20,9 %
Problemas de boca o encías	49	4,7 %
Hemorroides o almorranas	43	4,2 %
Varices	46	4,5 %
Gota, ácido úrico	16	1,6 %
Problemas persistentes con los pies	39	3,8 %
Tensión alta	72	7,0 %
Tumor	6	0,6 %
Piedras en el riñón	15	1,5 %
Algún tipo de defecto físico	10	1,0 %
Problemas de nervios, depresión, trastornos mentales	86	8,3 %
Alergias	60	5,8 %
Diabetes, azúcar en la sangre	26	2,5 %
Anemia	24	2,3 %
Problemas de hígado, vesícula biliar	21	2,0 %
Problemas de corazón	32	3,1 %
Problemas de periodo, menopausia	44	4,3 %
Dolor de cabeza, jaqueca, migraña	92	8,9 %
Infecciones de orina, cistitis	23	2,2 %
Hernia	14	1,4 %
Dolencias de estómago	54	5,2 %
Problemas persistentes en la piel, eczema	52	5,0 %
Estreñimiento	50	4,8 %
Bronquitis o asma / neumonía	23	2,2 %
Problemas con los ojos	53	5,1 %
Otros	92	8,9 %
No ha padecido ninguna	452	43,8
Total personas con dolencias	578	56,2

La tabla 59 integra el porcentaje de encuestados que perciben dolencias conjuntas correspondientes a la morbilidad aguda y crónica. Frente a un 20,4% de la muestra que no relata ningún tipo de problema de salud, un 42,2% de la misma padece enfermedades o problemas crónicos y agudos.

Tabla 59: Percepción conjunta de morbilidad aguda y crónica

	Frecuencias	Porcentajes
Sin ningún tipo de dolencia	211	20,4
Un tipo de dolencia ya sea en morbilidad aguda o crónica	385	37,3
Dolencias percibidas en los dos tipos de morbilidad	436	42,2
Total	1.032	100,0

Las personas que declaran padecer algún tipo de morbilidad aguda tienen como promedio 1,7 dolencias (tabla 60). Esta cifra desciende a 1,3 en el caso de que la complicación de salud sea crónica. Aquellos que perciben enfermedades en ambos tipos de morbilidad presentan como resultado más frecuente dos síntomas.

Tabla 60: Distribución del número de dolencias

Percentiles	Morbilidad percibida aguda (n° dolencias)	Morbilidad percibida crónica (n° de dolencias)	Presencia de indicadores compartidos
10	0,00	0,00	0,00
20	0,00	0,00	0,00
30	0,00	0,00	1,00
40	1,00	0,00	1,00
50	1,00	1,00	1,00
60	1,00	1,00	2,00
70	2,00	2,00	2,00
80	3,00	2,00	2,00
90	4,00	3,00	2,00
Media	1,70	1,29	1,22
Moda	0,00	0,00	2,00
Des.típ.	2,06	1,77	0,76

Las dolencias crónicas percibidas por la muestra (56,2% de los encuestados) contrastan con la atención sanitaria recibida reflejada en la tabla 61, en la que se puede observar cómo sólo un 47% de los encuestados dispone de un diagnóstico médico. Esta discrepancia puede justificarse por el aumento de las respuestas en blanco (53%) debido al hecho de que la pregunta de la encuesta deja abierta la respuesta (con el fin de facilitar la entrevista y la recogida de datos) (Anexo II).

El número de diferentes diagnósticos, utilizando el sistema médico de clasificación WONCA desciende a un 14,4% para los encuestados que disponen de dos diagnósticos diferentes y a un 5,1% en el caso del tercer diagnóstico. De hecho en la tabla 62 se observa como sólo el 10% de los encuestados sufre más de dos dolencias que hayan sido diagnosticadas.

Tabla 61: Diagnóstico del servicio de salud a la sintomatología percibida de morbilidad crónica

Diagnóstico del servicio de salud	Wonca 1		Wonca 2		Wonca 3	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Infecciosas y parasitarias	14	1,4	4	0,4	-	-
Neoplasias	2	0,2	1	0,1	1	0,1
Sistema endocrino, metabólico	55	5,3	21	2,0	4	0,4
Sangre	12	1,2	3	0,3	1	0,1
Trastornos mentales	18	1,7	9	0,9	3	0,3
Sistema nervioso	43	4,2	11	1,1	9	0,9
Circulatorias	69	6,7	31	3,0	6	0,6
Respiratorias	20	1,9	4	0,4	2	0,2
Digestivas	46	4,5	13	1,3	5	0,5
Genitourinarias	26	2,5	10	1,0	4	0,4
Embarazo, parto	5	0,5	-	-	-	-
Piel	13	1,3	8	0,8	2	0,2
Osteomuscular	123	11,9	26	2,5	13	1,3
Mal definidas	35	3,4	7	0,7	3	0,3
Accidentes, lesiones	4	0,4	1	0,1	-	-
En blanco	547	53,0	883	85,6	979	94,9

Tabla 62: Número de diagnósticos realizados en función de la morbilidad crónica

Percentiles Wonca (n° de diagnósticos)	
10	0,00
20	0,00
30	0,00
40	0,00
50	0,00
60	1,00
70	1,00
80	1,00
90	2,00
Media	0,67
Moda	0,00
Des.típ.	0,85

Los indicadores de morbilidad aguda y crónica se relacionan con el grado de incapacitación. En Casablanca el 18% de los encuestados se ve limitado en su tiempo libre, y un 16,9% en su actividad principal (tabla 63). No obstante, la proporción de personas que sufren limitaciones es considerablemente bajo, aspecto que contrasta con el elevado porcentaje de morbilidad percibida aguda (65,6%). Además, sólo un 10% de la muestra presenta dos indicadores asociados de incapacitación.

Tabla 63: Nivel de incapacitación

	Si		No		Total
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Porcentaje
Tiempo libre	186	18,0	846	82,0	100,0
Actividad principal	174	16,9	858	83,1	100,0
Autonomía personal	49	4,7	983	95,3	100,0
Quedarse en cama	119	11,5	913	88,5	100,0

4.1.6. SERVICIOS DE SALUD

El porcentaje de personas que en los últimos quince días ha realizado alguna consulta médica en Casablanca es del 30% (309 personas).

Como se aprecia en la tabla 64, un dato congruente con los resultados anteriores estriba en que el promedio de frecuencia de visitas por encuestado se mantiene bajo (0,5). No obstante, estos porcentajes pueden ocultar ciertos contrastes en estas pautas de utilización. Es el caso de dos personas que han realizado en este periodo quince consultas, y otras dos, diez.

Al profundizar en estos comportamientos, se observa (tabla 65) cómo el principal motivo de las visitas es por cuestiones relativas al diagnóstico y/o tratamiento de dolencias / enfermedades. Sin embargo, no son despreciables los porcentajes relativos a la dispensa de recetas y revisiones.

Tabla 64: Frecuencia de consultas médicas

Percentiles	Nº de consultas efectuadas
10	0,00
20	0,00
30	0,00
40	0,00
50	0,00
60	0,00
70	1,00
80	1,00
90	1,00
Media	0,50
Moda	0,00
Des.típ.	1,21

Tabla 65: Motivo de consulta

Motivo de la consulta		
	Frecuencias	Porcentajes
Diagnostico y/o tratamiento	138	44,7
Dispensa de recetas	107	34,6
Revisión	32	10,4
Parte de alta/baja	8	2,6
Otros	24	7,8
Total	309	100,0

Comparando el promedio de tiempo que han esperado los vecinos para ser atendidos y la duración efectiva de la consulta médica, se constata una ligera diferencia (aproximadamente dos minutos) en favor de la primera (tabla 66). En relación a la duración de la consulta en un 75,5% de los casos, ésta ha superado los 10 minutos que de manera estandarizada se considera la duración promedio de una consulta en Atención Primaria. Esto podría estar relacionado con el alto porcentaje de casos (44,7%) en que ésta se produce por diagnóstico y/o tratamiento, y que normalmente lleva asociado un mayor tiempo frente a la dispensa de recetas y revisiones.

En la tabla 67 se examina la satisfacción del encuestado con respecto a la atención sanitaria recibida. La respuesta es casi unánime, un 94,9% de las personas entrevistadas y que ha realizado consultas médicas en las dos últimas semanas manifiesta encontrarse satisfecha o muy satisfecha con la atención recibida.

Finalmente, en cuanto a los lugares en los que se realiza la consulta, predomina la utilización de los servicios públicos, como son el propio centro de salud de Casablanca (con un 35,4% para servicios médicos y un 3,5% para asistencia social), otros centros de

salud en un 17%, las especialidades del ambulatorio de la seguridad social en un 12,9% y la consulta externa en hospital en un 8%. Un 12,2% de la muestra manifiesta haber realizado consultas privadas (ya sea en un particular o en una mutua).

Tabla 66: Tiempo de espera y duración de la consulta

Percentiles	Tiempo de espera	Duración de la consulta
10	0,00	5,00
20	2,80	5,00
30	5,00	10,00
40	6,20	10,00
50	10,00	10,00
60	15,00	10,00
70	20,00	15,00
80	30,00	15,00
90	45,00	30,00
Media	17,99	15,40
Moda	5,00	10,00
Des.típ.	24,95	18,10

Duración de la consulta		
	Frecuencias	Porcentajes
< 4 minutos	22	7,2
5 - 9 minutos	68	22,4
10 - 14 minutos	102	33,6
15 - 20 minutos	72	23,7
> 21 minutos	40	13,2
Total	304	100,0

Tabla 67: Satisfacción de la consulta

Satisfacción con la atención recibida	Frecuencias	Porcentajes
Muy satisfactoria	151	48,6
Satisfactoria	144	46,3
Indiferente	11	3,5
Poco satisfactoria	2	0,6
Nada satisfactoria	3	1,0
Total	311	100,0

4.1.7. SISTEMA ATRIBUCIONAL DE SALUD

4.1.7.1. Fuentes de mejora de salud.

En este estudio, las fuentes más importantes para la mejora de la salud personal (tabla 68) señaladas por los encuestados son: hacer “deporte” (167 respuestas, un 16,2% de la muestra total) y evitar el consumo de sustancias tóxicas como “tabaco, alcohol y café” (100 respuestas, 9,7%). A continuación y muy de cerca se encuentran los “cuidados personales” (98 respuestas, 9,5%), y mantener una “dieta” equilibrada (90 respuestas, 8,7% del total). Las restantes posiciones las ocuparían respectivamente la mejora de “enfermedades y dolencias” (78 respuestas, y un 7,6% del total) y la “tranquilidad, relax, descanso” (64 respuestas y un 6,2% de la muestra total).

Tabla 68: Distribución de frecuencias de las fuentes de mejora de la salud

1. Criterio temático	%	2. Definición bienestar	%
deporte	16,2	bienestar	58,3
dieta	8,7	Inespecífico	11,6
tabaco / alcohol / café	9,7	Enfermedad	11,3
relax / tranquilidad	6,2	NS/NC	18,7
cuidados personales	9,5	Total	100,0
enfermedades / dolencias	7,6	3. Sistema atribucional	%
serv.sanitarios / operaciones	6,3	interno	56,5
medidas preventivas	2,3	externo sanitario	14,6
laboral: trabajo / exámenes	6,0	externo no sanitario	7,8
relaciones personales	2,6	Inespecífico	2,3
medio ambientales	1,6	NS/NC	18,7
otras	4,6	Total	100,0
NS / NC	18,7		
Total	100,0		

En relación a la definición del bienestar, destaca el elevado porcentaje de entrevistados con una concepción positiva de la salud y el bienestar (58,3%), frente a un 11,3% que se mantienen la visión tradicional de salud como ausencia de enfermedad.

Sobre el tercer criterio, sistema atribucional, más de la mitad de la muestra reflejó en sus respuestas un locus de control interno (56,5%), centrando las posibles fuentes de mejora de su salud en sus propias habilidades, capacidades y esfuerzo. Sólo un 22,4% asumieron la participación de fuentes de mejora externas a ellos mismos, como por ejemplo, aspectos relacionados con la prestación sanitaria, que les toque la lotería o cuestiones de tipo económico.

4.1.7.2. Fuentes de mejora de los servicios de salud.

De los resultados presentados en la tabla 69, el primer dato a destacar es el elevado grado de respuesta. El 87,5% de los encuestados tienen una opinión formada sobre las posibles mejoras de sus servicios de salud.

Tabla 69: Distribución de frecuencias de las fuentes de mejora de los servicios de salud

Criterio temático	%
Material/infraestructura	4,3
Administrativo	29,9
Trato humano	12,1
Cuestiones técnicas	4,9
Política sanitaria	12,8
Propios usuarios	1,0
Nada (todo correcto)	22,5
NS / NC	12,5
Total	100,0

Casi la tercera parte de la muestra (29,9%) refiere cuestiones de tipo administrativo (por ejemplo, listas de espera, amplitud horaria, etc.). Este dato podría relacionarse con los tiempos de espera y duración de las consultas médicas, en donde los 18 minutos de media de espera ocultan importantes diferencias: así el valor máximo reportado es de 4 horas y un 7,8% de la muestra ha tenido que aguardar más de 60 minutos para ser atendidos.

A continuación se apuntan aspectos relacionales (por ejemplo, trato humano, mayor comunicación usuario-profesional, etc., 12,1%) y políticos (por ejemplo, aumento de las campañas preventivas, 12,8%). Llama la atención el escaso protagonismo que se asignan los propios usuarios en la mejora de los servicios que utilizan (1%) (Bujedo, Gil-Lacruz y Calvo, 1996). La necesidad expresada de que mejore la comunicación médico-paciente supera con creces las demandas de cuestiones materiales/infraestructura (4,3%) o técnicas (4,9%) y aporta nuevas perspectivas al análisis de los servicios sanitarios, la calidad y la satisfacción percibidas por los usuarios.

4.2. ANÁLISIS DE VARIANZA

En este epígrafe se exponen los resultados de comparar las medias obtenidas en las diferentes dimensiones del cuestionario de percepción de salud y del índice general de salud, en relación a grupos poblacionales establecidos en función de las características sociodemográficas del vecindario, y el resto de variables independientes del estudio (apoyo comunitario, salud percibida y diagnosticada, servicios de salud y sistema atribucional de salud).

Los resultados obtenidos se presentan en tablas que expresan los grados de libertad, la suma de cuadrados, la media cuadrática, el valor de F, su probabilidad asociada y la puntuación media de cada uno de los grupos (\bar{X}).

Cuando la diferencia de medias es significativa entre tres o más grupos, se aplica el test de Tukey para establecer entre qué grupos se producen las diferencias, y se simboliza con estrellas situadas en una columna a la izquierda de la tabla de presentación de medias. Su aparición entre dos grupos implica la existencia de diferencias significativas entre las medias.

4.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

4.2.1.1. Sexo.

Se encuentran diferencias significativas entre las medias obtenidas para los grupos poblacionales hombre y mujer en cuanto a su percepción de salud en 4 de las 6 dimensiones que componen la escala y en el índice general de salud (tabla 70).

Las mujeres tienden a considerar su estado de salud actual y anterior peor que los hombres (salud actual $F = 10,6125$; $p = 0,0012$) ($28,87 < 30,01$) (salud anterior $F =$

12,8364; $p = 0,0004$) ($10,75 < 11,25$). Del mismo modo, se preocupan más por su estado de salud ($F = 4,5189$; $p = 0,0338$) ($14,40 > 14,02$) y se consideran menos resistentes a la enfermedad que sus compañeros ($F = 6,8183$; $p = 0,0092$) ($14,62 < 14,94$). Curiosamente estos resultados no se reflejan en unas expectativas peores, puesto que en la dimensión que analiza las previsiones de futuro no se han encontrado diferencias significativas.

Tabla 70: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo

Variables	SC	F	P	Hombres	Mujeres
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	334,4418	10,6125	0,0012	\bar{X} 30,01	\bar{X} 28,87
2. Salud anterior	66,4187	12,8364	0,0004	11,25	10,75
3. Expectativas de salud	0,5134	0,1196	0,7296	13,82	13,86
4. Resistencia a la enfermedad	25,5971	6,8183	0,0092	14,94	14,62
5. Preocupación por la salud	38,7161	4,5189	0,0338	14,02	14,40
6. Orientación a la enfermedad	5,5805	2,3116	0,1287	6,19	6,34
7. Índice general de salud	709,0010	7,6605	0,0057	76,22	74,56

En consonancia con los resultados anteriores, el índice general de salud, que es la medida que recomiendan utilizar los autores del cuestionario: Davies y Ware (1981) es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres ($F = 7,6605$; $p = 0,0057$) ($76,22 > 74,56$).

4.2.1.2. Edad.

La tabla 71 muestra la existencia de diferencias en relación a la percepción de salud en sus dimensiones temporales (salud actual, salud anterior y expectativas en salud) entre los diferentes grupos de edad comparados: jóvenes, adultos y tercera edad.

Tabla 71: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad

Variables	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	2	4217,8347	2108,9173	75,9402	0,0000
2. Salud anterior	2	776,9962	388,4981	86,5496	0,0000
3. Expectativas de salud	2	329,7278	164,8639	41,4422	0,0000
4. Resistencia a la enfermedad	2	3,9516	1,9758	0,5229	0,5930
5. Preocupación por la salud	2	3,9637	1,9818	0,2302	0,7944
6. Orientación a la enfermedad	2	5,6698	2,8349	1,1732	0,3098
7. Índice general de salud	2	11688,8762	5844,4381	71,2974	0,0000

Así, los jóvenes se encuentran actualmente mejor que los adultos (tabla 72) y a su vez, éstos tienen una percepción de su presente estado de salud mejor que los vecinos mayores de 60 años ($F = 75,9402$; $p < 0,0001$) ($32,10 > 28,73 > 26,65$). Lo mismo se podría decir respecto a la consideración de su salud en el pasado ($F = 86,5496$; $p < 0,0001$) ($11,95 > 10,95 > 9,48$) y en el futuro ($F = 41,4422$; $p < 0,0001$) ($14,59 > 13,65 > 13,06$).

Tabla 72: Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas

Variablen	1. Juventud	2. Adultos	3. Tercera edad	Test de Tukey
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				3 2 1
1. Salud actual	32,10	28,73	26,65	3 2 * 1 * *
2. Salud anterior	11,95	10,95	9,48	3 2 * 1 * *
3. Expectativas de salud	14,59	13,65	13,06	3 2 * 1 * *
4. Resistencia a la enfermedad	14,86	14,74	14,70	
5. Preocupación por la salud	14,15	14,22	14,32	
6. Orientación a la enfermedad	6,37	6,24	6,17	
7. Índice general de salud	79,62	74,55	70,28	3 2 1 3 2 * 1 * *

Lógicamente estas diferencias se reflejan en un índice general de salud percibido más positivo por parte de los encuestados más jóvenes ($F = 71,2974$; $p < 0,0001$) ($79,62 > 74,55 > 70,28$). No se encuentran diferencias significativas en los demás factores en función de la edad: resistencia a la enfermedad, preocupación por la salud y orientación a la enfermedad.

4.2.1.3. Estado civil.

Las diferencias existentes en cuanto al estado civil de los encuestados, en cada uno de los grupos considerados (soltero/a, pareja, separado y viudo) se detallan en las tablas 73 y 74.

En la dimensión temporal de la percepción de la propia salud, el colectivo de solteros/as es el que presenta una puntuación general más favorable. Esta distancia es significativa tanto en los tres momentos analizados (pasado, presente y futuro) como en el índice general de salud ($F = 30,4683$; $p < 0,0001$) ($78,48 > 74,42 > 70,77 > 67,16$). Las diferencias son significativas entre el grupo de solteros y los otros tres grupos así como entre los que viven en pareja y los viudos.

Tabla 73: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable estado civil

Variables	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	3	2901,9253	967,3084	33,2662	0,0000
2. Salud anterior	3	445,9943	148,6648	30,8748	0,0000
3. Expectativas de salud	3	200,9214	66,9738	16,3059	0,0000
4. Resistencia a la enfermedad	3	17,8123	5,9374	1,5753	0,1937
5. Preocupación por la salud	3	26,2153	8,7384	1,0165	0,3845
6. Orientación a la enfermedad	3	24,5189	8,1730	3,4048	0,0172
7. Índice general de salud	3	7842,0301	2614,0100	30,4683	0,0000

Tabla 74: Medias en los grupos de la variable estado civil y diferencias significativas

Variables	1. Soltero/a	2. Pareja	3. Separado/a	4. Viudo/a	Test de Tukey
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	31,41	28,77	26,32	24,90	4 3 2 1 4 3 2 * 1 * * *
2. Salud anterior	11,70	10,79	10,18	8,86	4 3 2 * 1 * * *
3. Expectativas de salud	14,41	13,61	13,54	12,84	4 3 2 * 1 * *
4. Resistencia a la enfermedad	14,79	14,82	14,50	14,23	
5. Preocupación por la salud	14,17	14,17	14,82	14,78	
6. Orientación a la enfermedad	6,45	6,15	6,73	6,22	4 3 2 1 4 3 2 1 *
7. Índice general de salud	78,48	74,42	70,77	67,16	4 3 2 * 1 * * *

4.2.1.4. Situación laboral.

Con el fin de facilitar la sistematización de los resultados se han agrupado las distintas categorías de la situación laboral (trabaja, parado, estudiante y sus labores) en dos colectivos definidos por el hecho de que en el momento de realizar el cuestionario se encuentren trabajando o no.

Sólo se producen diferencias significativas para la dimensión del cuestionario salud anterior y para el índice general de salud (tabla 75). En general, las personas que trabajan refieren gozar de mejor salud que las que no lo hacen ($F = 4,4060$; $p = 0,0361$)

(76,19 > 74,88). En la valoración retrospectiva de la salud, de nuevo los trabajadores plantean una percepción más positiva ($F = 15,7352$; $p = 0,0001$) ($11,36 > 10,78$).

Tabla 75: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable situación laboral

Variables	SC	F	P	Trabaja	No trabaja
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				\bar{X}	\bar{X}
1. Salud actual	26,4068	0,8301	0,3625	29,63	29,30
2. Salud anterior	81,1925	15,7352	0,0001	11,36	10,78
3. Expectativas de salud	10,4758	2,4452	0,1182	13,97	13,76
4. Resistencia a la enfermedad	6,6640	1,7664	0,1841	14,88	14,71
5. Preocupación por la salud	0,6708	0,0780	0,7801	14,18	14,23
6. Orientación a la enfermedad	0,5887	0,2434	0,6219	6,24	6,29
7. Índice general de salud	409,0740	4,4060	0,0361	76,19	74,88

4.2.1.5. Nivel de estudios.

En las tablas 76 y 77 se explicitan los resultados obtenidos en los ANOVAS realizados para cada dimensión del cuestionario de percepción de salud en función de los grupos definidos para la variable nivel de estudios: sin estudios, escuela primaria, graduado escolar/ bachillerato/ formación profesional/ secundaria y estudios universitarios.

Tabla 76: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable nivel de estudios

Variables	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	3	2645,5063	881,8354	30,0688	0,0000
2. Salud anterior	3	742,6328	247,5443	54,6875	0,0000
3. Expectativas de salud	3	228,4595	76,1532	18,6625	0,0000
4. Resistencia a la enfermedad	3	13,7059	4,5686	1,2109	0,3045
5. Preocupación por la salud	3	5,1898	1,7299	0,2008	0,8959
6. Orientación a la enfermedad	3	13,0323	4,3441	1,8013	0,1452
7. Índice general de salud	3	8765,2552	2921,7517	34,4155	0,0000

Tanto en la valoración del estado de salud actual, como la que se tuvo en el pasado y sus correspondientes expectativas de futuro, el nivel de estudios de los encuestados parece orientarse hacia una misma tendencia: a mayor grado de instrucción académica, mejor es la percepción de dicho estado.

La consistencia estadística de este dato también se refleja en el índice general del cuestionario que en coherencia con lo que se acaba de exponer, presenta diferencias significativas entre dos grupos, siendo el colectivo universitario y que cursó bachillerato, graduado escolar, formación profesional y/o secundaria, el que declara sentirse más satisfecho con su salud con respecto al colectivo que no tiene estudios o cursó la escuela primaria ($F = 34,4155$; $p < 0,0001$) ($69,33 < 71,83 < 77,17 < 78,07$). En

el análisis de estos datos se debe considerar el escaso peso poblacional del grupo de menor nivel de instrucción: sin instrucción (5,3%) del total de la muestra.

Tabla 77: Medias en los grupos de la variable nivel de estudios y diferencias significativas

Variables	1. Sin estudios	2. Escuela Primaria	3. Graduado Bachillerato	4. Universitario	Test de Tukey
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	26,33	27,42	30,45	30,86	1 2 3 4 1 2 3 * * 4 * *
2. Salud anterior	9,18	9,98	11,48	11,84	1 2 3 4 1 2 3 * * 4 * *
3. Expectativas de salud	13,02	13,23	14,21	14,10	1 2 4 3 1 2 4 * * 3 * *
4. Resistencia a la enfermedad	14,53	14,67	14,79	14,96	
5. Preocupación por la salud	14,22	14,33	14,17	14,15	
6. Orientación a la enfermedad	6,33	6,09	6,33	6,36	
7. Índice general de salud	69,33	71,83	77,17	78,07	1 2 3 4 1 2 3 * * 4 * *

4.2.1.6. Nivel de ingresos.

Considerando los ingresos anuales netos de todos los miembros residentes en la unidad familiar, se han establecido tres intervalos: familias con ingresos inferiores a seis mil euros, las que se encuentran entre seis y doce mil euros y las que son superiores a los doce mil euros (tablas 78 y 79).

De las seis dimensiones de las que se compone el cuestionario CPS - 81, se han encontrado diferencias significativas entre los grupos poblacionales en función del nivel de ingresos en cuatro de ellas, así como en el índice general de salud.

Con respecto a la valoración de la salud actual, anterior y el índice general salud se observa que los ingresos de la unidad familiar influyen de un modo positivo. Son los encuestados con ingresos superiores a los doce mil euros los que mejor valoran estas dimensiones (Salud actual: $F = 15,2475$; $p < 0,0001$) ($27,29 < 29,03 < 30,19$) (Salud anterior: $F = 39,4549$; $p < 0,0001$) ($9,71 < 10,67 < 11,50$) (Índice general: $F = 22,5687$; $p < 0,0001$) ($70,98 < 74,51 < 76,96$).

Tabla 78: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable nivel de ingresos

Variables	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	2	943,8947	471,9473	15,2475	0,0000
2. Salud anterior	2	384,3180	192,1590	39,4549	0,0000
3. Expectativas de salud	2	86,3655	43,1828	10,2458	0,0000
4. Resistencia a la enfermedad	2	26,7284	13,3642	3,5574	0,0289
5. Preocupación por la salud	2	17,5562	8,7781	1,0211	0,3606
6. Orientación a la enfermedad	2	1,2289	0,6144	0,2538	0,7759
7. Índice general de salud	2	4035,7334	2017,8667	22,5687	0,0000

Tabla 79: Medias en los grupos de la variable nivel de ingresos y diferencias significativas

Variables	1. Menos de 6000€	2. De 6 a 12000 €	3. Más de 12000 €	Test de Tukey
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				1 2 3
1. Salud actual	27,29	29,03	30,19	1 2 * 3 * *
2. Salud anterior	9,71	10,67	11,50	1 2 * 3 * *
3. Expectativas de salud	13,16	13,75	14,06	1 2 * 3 *
4. Resistencia a la enfermedad	14,35	14,78	14,86	1 2 3 *
5. Preocupación por la salud	14,57	14,18	14,16	
6. Orientación a la enfermedad	6,18	6,29	6,27	
7. Índice general de salud	70,98	74,51	76,96	1 2 3 1 2 * 3 * *

En cuanto a las perspectivas de futuro, se constata también este tipo de tendencia favorable por parte del grupo con mayores ingresos, pero no se han encontrado puntuaciones estadísticamente significativas entre los intervalos de ingresos superior e intermedio ($F = 10,2458$; $p < 0,0001$) ($13,16 < 13,75 < 14,06$). Asimismo, las personas con ingresos superiores a los doce mil euros se consideran más resistentes a la enfermedad que las que se sitúan por debajo de los seis mil euros ($F = 3,5574$; $p = 0,0289$) ($14,35 < 14,78 < 14,86$).

4.2.1.7. Zona y años de residencia en el distrito.

Dado el carácter comunitario del estudio, se incluye en los análisis estadísticos la zona y los años de residencia (tablas 80 - 83). Su interpretación implica la consideración global de las características económicas, demográficas y sociales de los vecinos.

Se aprecian diferencias significativas entre los encuestados en la mayoría de los factores del cuestionario y en el índice general de salud, excepto para las dimensiones preocupación por la salud y orientación a la enfermedad. Se observa que las diferencias se dan entre el grupo de población que reside en Viñedo Viejo, al experimentar peor salud, frente a los que residen en las Nieves y Fuentes Claras, tanto para las dimensiones salud anterior ($F = 11,3574$; $p < 0,0001$) ($10,74 < 11,24 < 11,73$), como resistencia a la enfermedad ($F = 6,0814$; $p = 0,0024$) ($14,61 < 14,95 < 15,20$) y en el índice general de salud ($F = 9,7848$; $p = 0,0001$) ($73,31 < 76,69 < 77,67$).

Tabla 80: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona

Variables	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	2	336,2528	168,1264	5,3301	0,0050
2. Salud anterior	2	116,5398	58,2699	11,3574	0,0000
3. Expectativas de salud	2	32,8647	16,4324	3,8513	0,0216
4. Resistencia a la enfermedad	2	45,4709	22,7355	6,0814	0,0024
5. Preocupación por la salud	2	8,6638	4,3319	0,5034	0,6046
6. Orientación a la enfermedad	2	1,4138	0,7069	0,2920	0,7468
7. Índice general de salud	2	1792,3780	896,1890	9,7848	0,0001

Tabla 81: Medias en los grupos de la variable zona de residencia y diferencias significativas

Variables	1. Viñedo Viejo	2. Las Nieves	3. Fuentes Claras	Test de Tukey
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				1 2 3
1. Salud actual	28,96	30,07	30,25	1 2* 3
2. Salud anterior	10,74	11,24	11,73	1 2* 3*
3. Expectativas de salud	13,70	14,08	13,99	1 2* 3
4. Resistencia a la enfermedad	14,61	14,95	15,20	1 2 3 1 2* 3*
5. Preocupación por la salud	14,26	14,21	13,95	
6. Orientación a la enfermedad	6,30	6,22	6,22	
7. Índice general de salud	73,31	76,69	77,67	1 2 3 1 2* 3*

En relación a la salud actual y a las expectativas de salud, las diferencias sólo son significativas entre los habitantes de Viñedo Viejo y Las Nieves, manteniendo la tendencia de los habitantes del núcleo originario a expresar peor salud actual ($F = 5,3301$; $p = 0,0050$) ($28,96 < 30,07$) o peores expectativas para el futuro. ($F = 3,8513$; $p = 0,0216$) ($13,70 < 14,08$).

En las tablas 82 y 83 se reflejan los resultados obtenidos en función de los años de residencia en el distrito para los siguientes intervalos: de 0 a 5 años, de 6 a 19 años y más de 20 años.

Tabla 82: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable años de residencia en Casablanca

Variables	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	2	484,9017	242,4509	7,7217	0,0005
2. Salud anterior	2	178,0243	89,0121	17,5538	0,0000
3. Expectativas de salud	2	62,3704	31,1852	7,3585	0,0007
4. Resistencia a la enfermedad	2	9,1281	4,5640	1,2094	0,2988
5. Preocupación por la salud	2	48,1115	24,0558	2,8080	0,0608
6. Orientación a la enfermedad	2	5,3787	2,6894	1,1128	0,3290
7. Índice general de salud	2	2044,2760	1022,1380	11,1898	0,0000

Tabla 83: Medias en los grupos de la variable años de residencia en Casablanca y diferencias significativas

Variables	1. De 0 a 5 años	2. De 6 a 19 años	3. Más de 20 años	Test De Tukey
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				3 2 1
1. Salud actual	30,51	29,88	28,77	3 2 * 1 *
2. Salud anterior	11,59	11,31	10,58	3 2 * 1 *
3. Expectativas de salud	14,02	14,11	13,60	3 1 2 3 2 * 1
4. Resistencia a la enfermedad	14,99	14,73	14,73	
5. Preocupación por la salud	13,91	14,50	14,12	
6. Orientación a la enfermedad	6,16	6,36	6,23	
7. Índice general de salud	77,67	76,24	74,03	3 2 1 3 2 * 1 *

Se observan diferencias significativas en la percepción del estado actual, anterior y en el índice general, entre los vecinos que residen en la zona desde hace más de 20 años, frente a los demás grupos. Los primeros, en general, tienen una valoración más negativa (Salud actual: $F = 7,7217$; $p = 0,0005$) ($30,51 > 29,88 > 28,77$) (Salud anterior: $F = 17,5538$; $p < 0,0001$) ($11,59 > 11,31 > 10,58$) (Índice general: $F = 11,1898$; $p < 0,0001$) ($77,67 > 76,24 > 74,03$).

En cuanto a las expectativas de futuro, los vecinos con más “solera” en el barrio sólo se distancian significativamente del colectivo que ha residido entre seis y diecinueve años en el distrito ($F = 7,3585$; $p = 0,0007$) ($14,11 > 13,60$).

4.2.2. APOYO COMUNITARIO

Con el fin de facilitar la exposición de los resultados, en el anexo III se presentan los resultados del análisis de cluster para cada una de las variables que componen el cuestionario, con los centroides iniciales, la media del grupo en la variable, el número de casos correspondientes a cada grupo y su denominación.

A continuación se detallan para cada cluster los resultados del análisis de varianza en relación a su percepción de salud.

4.2.2.1. Integración comunitaria.

En el análisis de varianza presentado en la tabla 84, se constata cómo no existen diferencias significativas en cuanto a las diferentes dimensiones de la percepción de salud en función del grado de integración comunitaria (menor integración versus mayor integración). La excepción estriba en la preocupación por la enfermedad, en la que los vecinos con mayor integración parecen preocuparse más por su salud frente a los menos integrados ($F = 4,978$; $p = 0,026$) ($14,44 > 14,03$).

Sin embargo, sí se encuentran diferencias significativas en el índice general de salud, de manera que los encuestados con una mayor integración valoran peor su salud que aquellos poco integrados en el barrio ($F = 4,588$; $p = 0,032$) ($74,66 < 75,66$).

Tabla 84: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable integración

Variabes	SC	F	p	Menor integración	Mayor Integración
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				\bar{X}	\bar{X}
1. Salud actual	102,830	3,240	0,072	29,71	29,08
2. Salud anterior	9,957	1,904	0,168	11,08	10,88
3. Expectativas de salud	5,376	1,253	0,263	13,91	13,76
4. Resistencia a la enfermedad	0,695	0,184	0,668	14,80	14,75
5. Preocupación por la salud	42,630	4,978	0,026	14,03	14,44
6. Orientación a la enfermedad	0,018	0,008	0,931	6,27	6,26
7. Índice general de salud	425,927	4,588	0,032	75,66	74,66

Este dato se relaciona con el hecho de que los vecinos con más tiempo de permanencia en el barrio (y que por lo tanto podríamos considerar como más integrados en la vida comunitaria) son las personas de más edad y lógicamente valoran también peor su estado de salud (tablas 82 y 83).

4.2.2.2. Participación comunitaria.

En los resultados del análisis de varianza (tabla 85) se puede observar la existencia de diferencias significativas entre los vecinos en función de su grado de participación comunitaria (menor participación versus mayor participación) para cuatro de las seis dimensiones del cuestionario de percepción de salud, así como en el índice general de salud. En todos los casos se muestra cómo de manera general los encuestados menos participativos son más optimistas en relación a su percepción de salud (Salud actual: $F = 4,654$; $p = 0,031$) ($29,73 > 28,96$) (Salud anterior: $F = 19,952$; $p < 0,001$) ($11,25 > 10,60$) (Expectativas de salud: $F = 4,721$; $p = 0,030$) ($13,96 > 13,67$) (Resistencia a la enfermedad: $F = 5,265$; $p = 0,022$) ($14,89 > 14,60$) (Índice general de salud: $F = 10,863$; $p = 0,001$) ($75,16 > 74,14$). De nuevo la edad y el tipo de participación que se mide, por ejemplo eventos comunitarios, mediatiza estos resultados.

Tabla 85: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable participación

Variables	SC	F	p	Menor participación	Mayor participación
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
				\bar{X}	\bar{X}
1. Salud actual	147,517	4,654	0,031	29,73	28,96
2. Salud anterior	102,538	19,952	0,000	11,25	10,60
3. Expectativas de salud	20,180	4,721	0,030	13,96	13,67
4. Resistencia a la enfermedad	19,796	5,265	0,022	14,89	14,60
5. Preocupación por la salud	2,834	0,329	0,566	14,17	14,28
6. Orientación a la enfermedad	2,510	1,038	0,308	6,23	6,33
7. Índice general de salud	1002,293	10,863	0,001	75,16	74,14

4.2.2.3. Apoyo comunitario en los sistemas informales.

En la única dimensión de la percepción de salud en la que se encuentran diferencias significativas entre aquellos que muestran mucha confianza en los sistemas informales de apoyo social frente a los que manifiestan poca confianza, es la preocupación por la salud (tabla 86). De esta manera, los que perciben menor apoyo en estos sistemas se manifiestan más preocupados por su salud ($F = 6,803$; $p = 0,009$) ($14,43 > 13,95$).

4.2.2.4. Apoyo comunitario en los sistemas formales.

Al aplicar el análisis de varianza al grupo de vecinos con mayor confianza en los sistemas formales, frente al grupo que tiene menor confianza (tabla 87) en relación a la percepción de salud en sus diferentes dimensiones, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, ni siquiera en el índice general de salud.

Tabla 86: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sistemas informales como fuente potencial de apoyo

Variables	SC	F	p	Menor apoyo	Mayor apoyo
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				\bar{X}	\bar{X}
1. Salud actual	15,712	0,494	0,482	29,53	29,28
2. Salud anterior	19,125	3,664	0,056	11,11	10,84
3. Expectativas de salud	3,568	0,831	0,362	13,89	13,78
4. Resistencia a la enfermedad	2,538	0,672	0,413	14,73	14,83
5. Preocupación por la salud	58,158	6,803	0,009	14,43	13,95
6. Orientación a la enfermedad	0,658	0,272	0,602	6,25	6,30
7. Índice general de salud	15,230	0,163	0,686	75,47	74,22

Tabla 87: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sistemas formales como fuente potencial de apoyo

Variables	SC	F	p	Menor apoyo	Mayor apoyo
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				\bar{X}	\bar{X}
1. Salud actual	80,340	2,530	0,112	30,35	29,34
2. Salud anterior	4,990	0,953	0,329	11,22	10,97
3. Expectativas de salud	9,651	2,252	0,134	14,16	13,81
4. Resistencia a la enfermedad	1,653	0,438	0,508	14,91	14,76
5. Preocupación por la salud	10,183	1,185	0,277	14,55	14,19
6. Orientación a la enfermedad	0,051	0,021	0,885	6,29	6,27
7. Índice general de salud	220,187	2,367	0,124	76,90	75,22

4.2.3. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD

Al igual que en el apartado anterior, para los comportamientos de riesgo para la salud también se ha procedido a la configuración de dos grupos (poco riesgo y mucho riesgo) en cada una de las variables que lo integran: consumo de sustancias, inactividad y conductas insanas o negligentes.

En el anexo III se presenta el proceso de selección de los grupos basado en este caso en las puntuaciones de riesgo para cada variable.

4.2.3.1. Consumo de alcohol y tabaco.

En los resultados del análisis de varianza (tabla 88) se puede observar la existencia de diferencias significativas únicamente en dos de las seis dimensiones del cuestionario. (Salud anterior: $F = 8,506$; $p = 0,004$) (Expectativas de salud: $F = 9,079$; $p = 0,003$). Así, los encuestados que refieren un mayor consumo de alcohol y tabaco manifiestan que en el pasado disfrutaban de mejor salud que aquellos vecinos que presentan un menor consumo y por tanto riesgo ($11,38 > 10,88$). Además, el grupo vulnerable presenta una valoración futura de su salud inferior ($13,48 < 13,94$). No se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos en el índice general de salud.

Tabla 88: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable consumo de alcohol y tabaco

Variables	SC	F	p	Poco riesgo	Mucho riesgo
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				\bar{X}	\bar{X}
1. Salud actual	5,365	0,169	0,682	29,39	29,56
2. Salud anterior	44,194	8,506	0,004	10,88	11,38
3. Expectativas de salud	38,649	9,079	0,003	13,94	13,48
4. Resistencia a la enfermedad	5,047	1,337	0,248	14,74	14,91
5. Preocupación por la salud	13,556	1,578	0,209	14,28	14,00
6. Orientación a la enfermedad	4,401	1,822	0,177	6,23	6,39
7. Índice general de salud	22,018	0,236	0,627	75,29	75,64

4.2.3.2. Actividad física.

La práctica regular de actividad física característica de aquellos encuestados situados en el grupo de bajo riesgo influye positivamente sobre la percepción de salud de la población, en cualquiera de sus dimensiones temporales (salud actual, anterior y expectativas de futuro), así como en la resistencia a la enfermedad (Salud actual: $F = 41,832$; $p < 0,001$) ($30,57 > 28,34$) (Salud anterior: $F = 17,132$; $p < 0,001$) ($11,29 > 10,71$) (Expectativas de salud: $F = 12,147$; $p = 0,001$) ($14,07 > 13,62$) (Resistencia a la enfermedad: $F = 10,650$; $p = 0,001$) ($14,98 > 14,58$) (tabla 89).

El índice general de salud refleja esta comportamiento general ($F = 31,078$; $p < 0,001$) ($77,06 > 73,66$).

Tabla 89: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable actividad física

Variables	SC	F	p	Poco riesgo	Mucho riesgo
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				\bar{X}	\bar{X}
1. Salud actual	1279,887	41,832	0,000	30,57	28,34
2. Salud anterior	88,282	17,132	0,000	11,29	10,71
3. Expectativas de salud	51,555	12,147	0,001	14,07	13,62
4. Resistencia a la enfermedad	39,834	10,650	0,001	14,98	14,58
5. Preocupación por la salud	13,946	1,623	0,203	14,10	14,33
6. Orientación a la enfermedad	6,439	2,668	0,103	6,35	6,19
7. Índice general de salud	2812,926	31,078	0,000	77,06	73,76

4.2.3.3. Comportamientos negligentes.

Aquellos encuestados con poco riesgo para su salud vinculada a hábitos como el consumo de café, el sobrepeso o la mala higiene bucodental valoran su salud por debajo de cómo lo hacen los situados en mayor riesgo (Salud anterior: $F = 4,927$; $p = 0,027$) ($10,90 < 11,26$). No se observan esas diferencias cuando la valoración de la salud se refiere al momento actual o al futuro (tabla 90).

Tabla 90: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable comportamientos negligentes

Variables	SC	F	p	Poco riesgo	Mucho riesgo
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				\bar{X}	\bar{X}
1. Salud actual	74,109	2,333	0,127	29,27	29,89
2. Salud anterior	25,686	4,927	0,027	10,90	11,26
3. Expectativas de salud	0,093	0,022	0,883	13,85	13,83
4. Resistencia a la enfermedad	44,938	12,030	0,001	14,65	15,14
5. Preocupación por la salud	147,602	17,443	0,000	14,44	13,56
6. Orientación a la enfermedad	1,323	0,547	0,460	6,29	6,21
7. Índice general de salud	681,915	7,366	0,007	74,89	76,77

Las personas con comportamientos más negligentes consideran tener una mayor resistencia frente a las enfermedades ($F= 12,030$; $p = 0,001$) ($15,14 > 14,65$), y quizás por eso su preocupación por la salud es menor ($F= 17,443$; $p < 0,001$) ($13,56 < 14,44$).

En cuanto al índice general de salud, los vecinos con mayor número de comportamientos de riesgo plantean una percepción de su salud más positiva que los que manifiestan hábitos más saludables ($F= 7,366$; $p = 0,007$) ($76,77 > 74,89$).

4.2.4. SALUD PERCIBIDA Y DIAGNOSTICADA

4.2.4.1. Morbilidad percibida aguda, crónica y total.

Las diferencias existentes en cuanto a la morbilidad percibida de los encuestados, en cada uno de los grupos considerados (no ha padecido ninguna dolencia y sí ha padecido alguna dolencia) se detallan en las tablas 91 y 92.

Las tendencias de morbilidad percibida aguda y crónica manifiestan un comportamiento similar al realizar las pruebas de contraste con la variable percepción de salud, y es por ello que se comentan de manera conjunta. En ambos casos, la percepción de salud es superior para el grupo que refiere no haber padecido ninguna dolencia, en sus dimensiones salud actual, salud anterior, expectativas de salud y resistencia a la enfermedad, así como para el índice general de salud. Esta tendencia se invierte en el caso de la preocupación por la salud y la orientación a la enfermedad, esto es, los encuestados que indican haber padecido alguna dolencia, sea aguda o crónica, manifiestan de manera coherente una mayor preocupación por su salud y orientación a la enfermedad. En la mayoría de los casos, las diferencias han sido significativas, a excepción de la dimensión expectativas de salud en el caso de la morbilidad aguda ($F = 1,0303$; $p = 0,245$).

Estos resultados son congruentes con los obtenidos al considerar la variable morbilidad total (que integra tanto la morbilidad aguda como la crónica) en sus diferentes grupos: sin ningún tipo de dolencia, un tipo de dolencia ya sea en morbilidad aguda o crónica y dolencias percibidas en los dos tipos de morbilidad (tabla 93). Sin embargo, al realizar las pruebas de contraste posterior no se verifica la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos citados.

Tabla 91: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable morbilidad percibida aguda

Variables	SC	F	p	No	Si
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	2054,316	68,834	0,000	\bar{X} 31,37	\bar{X} 28,40
2. Salud anterior	190,160	37,625	0,000	11,58	10,68
3. Expectativas de salud	5,587	1,303	0,245	13,94	13,79
4. Resistencia a la enfermedad	26,610	6,286	0,012	14,98	14,66
5. Preocupación por la salud	467,771	57,388	0,000	13,29	14,70
6. Orientación a la enfermedad	32,458	13,592	0,000	6,02	6,40
7. Índice general de salud	4380,341	49,224	0,000	78,21	73,87

Tabla 92: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable morbilidad percibida crónica

Variables	SC	F	p	No	Si
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	5166,303	192,607	0,000	31,96	27,45
2. Salud anterior	832,507	185,507	0,000	12,00	10,20
3. Expectativas de salud	151,830	36,612	0,000	14,28	13,50
4. Resistencia a la enfermedad	49,424	13,247	0,000	15,02	14,58
5. Preocupación por la salud	539,227	66,722	0,000	13,40	14,86
6. Orientación a la enfermedad	27,043	11,299	0,001	6,08	6,41
7. Índice general de salud	14462,616	182,609	0,000	79,60	72,06

Tabla 93: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable morbilidad total

Variables	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	2	5653,764	2826,882	107,179	0,000
2. Salud anterior	2	749,776	374,888	83,028	0,000
3. Expectativas de salud	2	92,327	46,164	10,968	0,000
4. Resistencia a la enfermedad	2	58,490	29,245	7,849	0,000
5. Preocupación por la salud	2	821,223	410,611	52,538	0,000
6. Orientación a la enfermedad	2	49,197	24,598	10,361	0,000
7. Índice general de salud	2	14414,973	7207,487	90,862	0,000

4.2.4.2. Grado de incapacitación.

Para explorar las relaciones existentes entre grado de incapacitación manifestado por los encuestados y la percepción de salud, se han considerado por separado las diferentes actividades (de tiempo libre, actividad principal, de autonomía personal, quedarse en cama) que se han visto reducidas o limitadas por las dolencias referidas, con sus respectivos grupos de contraste (sí se ha limitado y no se ha limitado). Los resultados se reflejan en las tablas 94, 95, 96 y 97.

Tabla 94: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable incapacitación tiempo libre

Variables	SC	F	P	No	Si
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	3560,003	125,430	0,000	\bar{X} 30,29	\bar{X} 25,46
2. Salud anterior	697,844	152,995	0,000	11,38	9,24
3. Expectativas de salud	24,904	5,832	0,016	13,91	13,51
4. Resistencia a la enfermedad	70,943	19,121	0,000	14,90	14,22
5. Preocupación por la salud	797,114	101,785	0,000	13,80	16,09
6. Orientación a la enfermedad	29,666	12,408	0,000	6,19	6,63
7. Índice general de salud	10621,149	128,074	0,000	76,87	68,75

Tabla 95: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable incapacitación actividad principal

Variables	SC	F	P	No	Si
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	3843,691	136,752	0,000	\bar{X} 30,29	\bar{X} 25,14
2. Salud anterior	590,666	126,609	0,000	11,33	9,31
3. Expectativas de salud	8,720	2,035	0,154	13,88	13,64
4. Resistencia a la enfermedad	102,408	27,831	0,000	14,92	14,07
5. Preocupación por la salud	665,301	83,588	0,000	13,86	16,00
6. Orientación a la enfermedad	19,760	8,232	0,004	6,21	6,57
7. Índice general de salud	10174,829	122,054	0,000	76,78	68,39

Tabla 96: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable incapacitación autonomía personal

Variables	SC	F	P	No	Si
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	1445,566	47,496	0,000	\bar{X} 29,69	\bar{X} 24,12
2. Salud anterior	247,714	49,560	0,000	11,10	8,80
3. Expectativas de salud	2,256	0,526	0,469	13,85	13,63
4. Resistencia a la enfermedad	16,722	4,444	0,035	14,80	14,20
5. Preocupación por la salud	174,954	20,741	0,000	14,13	16,06
6. Orientación a la enfermedad	3,032	1,254	0,263	6,26	6,51
7. Índice general de salud	3580,659	39,889	0,000	75,78	67,02

Tabla 97: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable incapacitación estar en la cama

Variables	SC	F	P	No	Si
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	2039,653	68,311	0,000	\bar{X} 29,93	\bar{X} 25,53
2. Salud anterior	328,075	66,679	0,000	11,19	9,43
3. Expectativas de salud	0,989	0,230	0,631	13,85	13,76
4. Resistencia a la enfermedad	45,397	12,155	0,001	14,85	14,19
5. Preocupación por la salud	494,517	60,863	0,000	13,97	16,13
6. Orientación a la enfermedad	16,895	7,030	0,008	6,22	6,62
7. Índice general de salud	5417,930	61,580	0,000	76,19	69,02

De manera análoga a lo que sucede con la morbilidad percibida, se observa que aquellas personas que no han visto reducida o limitada su actividad a causa de sus dolencias, refieren de manera general y significativa una mejor percepción de salud. Esta mejor percepción se refleja tanto en el índice general de salud, como en las dimensiones de salud actual, anterior y resistencia a la enfermedad. La valoración futura del estado de salud no está influida por el grado de incapacitación, excepto en el caso de que produzca limitaciones para el desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre ($F = 5,832$; $p = 0,016$) ($13,91 > 13,51$), donde los encuestados que perciben limitación para este tipo de actividades realizan un peor valoración de su salud futura.

En las dimensiones preocupación por la salud y orientación a la enfermedad, también se confirma que aquellos que señalan algún tipo de incapacitación están más preocupados por su salud y tienen una mayor tendencia a aceptar la enfermedad como parte de su propia vida. Las diferencias son significativas para todas las actividades, a excepción de la dimensión orientación a la enfermedad en la autonomía personal ($F = 1,254$; $p=0,263$)

4.2.5. SERVICIOS DE SALUD

Se encuentran diferencias significativas entre las medias obtenidas para los vecinos/as que han consultado con algún profesional de la salud en las últimas dos semanas versus a los que no lo han hecho en cuanto a su percepción de salud en todas las dimensiones que componen la escala y en el índice general de salud (tabla 98).

Tabla 98: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable consulta con el sistema sanitario

Variables	SC	F	p	No	Si
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	3039,743	105,227	0,000	\bar{X} 30,55	\bar{X} 26,81
2. Salud anterior	471,245	98,562	0,000	11,43	9,96
3. Expectativas de salud	39,703	9,329	0,002	13,97	13,54
4. Resistencia a la enfermedad	71,664	19,319	0,001	14,95	14,37
5. Preocupación por la salud	578,372	71,904	0,000	13,73	15,36
6. Orientación a la enfermedad	19,341	8,056	0,005	6,18	6,48
7. Índice general de salud	8450,224	99,371	0,000	77,24	71,01

Nuevamente, se aprecia una gran consonancia con los resultados obtenidos para las variables morbilidad e incapacidad, ya que aquellos encuestados que no han realizado consultas sanitarias manifiestan tener una mejor salud en sus dimensiones temporales y en la valoración de su resistencia a la enfermedad, así como en el índice general de salud (Índice general de salud: $F = 99,371$; $p < 0,001$) ($77,24 > 71,01$). Además, se preocupan menos por la salud y tienen una menor orientación a la enfermedad frente a aquellos que sí han utilizado los recursos sanitarios.

En la tabla 99 se reflejan los resultados obtenidos en función de la satisfacción con la consulta sanitaria para los siguientes grupos: muy satisfactoria, satisfactoria,

indiferente e insatisfactoria. Las diferencias son significativas entre grupos para las dimensiones salud actual, salud anterior, resistencia a la enfermedad y el índice general de salud, pero ninguna de ellas fueron confirmadas a través del test de Tukey.

Tabla 99: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable satisfacción con la consulta sanitaria

Variables	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	3	305,441	101,184	3,247	0,022
2. Salud anterior	3	68,810	22,937	4,195	0,006
3. Expectativas de salud	3	18,405	6,135	1,422	0,236
4. Resistencia a la enfermedad	3	45,831	15,277	3,287	0,021
5. Preocupación por la salud	3	14,065	4,688	0,583	0,626
6. Orientación a la enfermedad	3	7,308	2,436	1,010	0,388
7. Índice general de salud	3	848,441	282,814	3,125	0,026

4.2.6. SISTEMA ATRIBUCIONAL DE SALUD

4.2.6.1. Fuentes de mejora de salud.

Al profundizar en las diferencias existentes en la percepción de salud entre los grupos de población que presentan diferentes locus de control en relación a la fuente de mejora de su propia salud se encuentran diferencias significativas para las dimensiones del cuestionario salud actual, salud anterior y el índice general de salud (tabla 100).

La dimensión preocupación por la salud, si bien en un primer momento arrojó una diferencia significativa entre las medias, en las posteriores pruebas de contraste estas diferencias no aparecieron entre ninguno de los grupos considerados (interno, inespecífico, externo sanitario y externo no sanitario).

A la luz de los resultados reflejados en la tabla 101, los encuestados que presentan un locus de control interno (consideran que la principal fuente de mejora de su salud reside en ellos mismos) comparten una percepción de salud actual y anterior superior a cualquiera de los otros grupos de población (Salud actual: $29,87 > 28,44$; $29,87 > 26,36$ y $29,87 > 25,79$) ($p = 0,25$, $p < 0,001$ y $p = 0,02$ respectivamente) (Salud anterior: $11,23 > 10,62$; $11,23 > 9,62$ y $11,23 > 9,33$) ($p = 0,15$, $p < 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente).

En relación al índice general de salud, se encuentran diferencias significativas entre los grupos con un locus de control interno frente los que presentan un locus de control externo sanitario ($76,09 > 69,56$, $p < 0,001$)

Con el objetivo de profundizar en las relaciones existentes entre la concepción subyacente a la salud de los encuestados, y la valoración que establecen de la misma, se realizó un análisis de varianza con las siguientes categorías: bienestar, enfermedad e inespecífica (tablas 102 y 103).

Tabla 100: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable locus control

Variablen	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	3	1277,869	425,956	13,942	0,000
2. Salud anterior	3	266,444	88,815	17,715	0,000
3. Expectativas de salud	3	30,197	10,066	2,215	0,085
4. Resistencia a la enfermedad	3	26,400	8,800	2,334	0,073
5. Preocupación por la salud	3	141,368	47,123	5,662	0,001
6. Orientación a la enfermedad	3	0,718	0,239	0,100	0,960
7. Índice general de salud	3	3729,718	1243,239	13,965	0,000

Tabla 101: Medias en los grupos de la variable locus de control y diferencias significativas

Variablen	1. Interno	2. Inespecífico	3. Externo sanitario	4. Externo no sanitario	Test de Tukey
<i>CUESTIONARIO: PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					1 2 3 4
1. Salud actual	29,87	28,44	26,36	25,79	1 2 * 3 * * 4 *
2. Salud anterior	11,23	10,62	9,62	9,33	1 2 * 3 * * 4 * *
3. Expectativas de salud	13,90	13,85	13,25	13,79	
4. Resistencia a la enfermedad	14,78	14,89	14,22	14,71	
5. Preocupación por la salud	14,20	14,52	15,44	15,46	
6. Orientación a la enfermedad	6,39	6,31	6,37	6,42	
7. Índice general de salud	76,09	74,24	69,56	70,21	1 2 3 4 1 2 3 * 4

Tabla 102: Análisis de la varianza entre los grupos de la variable concepto de bienestar

Variablen	gl	SC	MC	F	P
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>					
1. Salud actual	2	1808,787	904,393	30,267	0,000
2. Salud anterior	2	497,527	248,763	52,580	0,000
3. Expectativas de salud	2	73,914	36,957	8,238	0,000
4. Resistencia a la enfermedad	2	34,648	17,324	4,613	0,010
5. Preocupación por la salud	2	189,744	94,872	11,492	0,000
6. Orientación a la enfermedad	2	2,068	1,304	0,431	0,650
7. Índice general de salud	2	6389,527	3194,764	37,261	0,000

Tabla 103: Medias en los grupos de la variable concepto de bienestar y diferencias significativas

Variables	0. Bienestar	1. Inespecífica	2. Enfermedad	Test de Tukey
<i>CUESTIONARIO:</i>				
<i>PERCEPCIÓN DE LA SALUD</i>				0 1 2
1. Salud actual	30,00	28,09	25,90	0 1 * 2 * *
2. Salud anterior	11,37	10,09	9,34	0 1 * 2 * *
3. Expectativas de salud	14,01	13,38	13,32	0 1 2 0 1 * 2 *
4. Resistencia a la enfermedad	14,87	14,48	14,38	0 1 2 *
5. Preocupación por la salud	14,12	14,93	15,37	0 1 * 2 *
6. Orientación a la enfermedad	6,34	6,48	6,40	
7. Índice general de salud	76,59	72,50	69,07	0 1 2 0 1 * 2 * *

En general, aquellos encuestados que presentan una concepción de la salud orientada al bienestar y por lo tanto más positiva, realizan una valoración de su salud también más optimista (tanto la pasada, como la anterior y la futura, y la resistencia a la enfermedad) frente a los que son más negativos y relacionan su definición con la enfermedad. Estas diferencias se aprecian por igual en el índice general de salud ($76,59 > 69,07$; $p < 0,001$).

De manera complementaria, los que asocian el binomio salud-enfermedad se preocupan más por su salud que aquellos que sitúan sus respuestas hacia el concepto de bienestar ($15,37 > 14,12$; $p < 0,001$).

4.3. CORRELACIONES

En la tabla 104 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson, con sus respectivos niveles de significación, con el objetivo de analizar la relación existente entre las diferentes variables cuantitativas del estudio y la variable dependiente: el índice general de salud.

Como puede observarse, los mayores coeficientes se obtienen para todas las variables relacionadas con el padecimiento de alguna enfermedad o incapacidad [morbilidad percibida aguda (-0,38), morbilidad percibida crónica (-0,46), dolencias diagnosticadas (-0,42) e incapacidad (entre 0,18 y 0,30 según actividad)], apuntando en

el sentido de que a mayor padecimiento o mayor incapacitación, peor se valora la salud. En el caso de la edad, se obtiene una correlación negativa de - 0,39 indicando como a medida que se cumplen años se realiza una peor valoración de la salud.

Tabla 104: Coeficientes de correlación de Pearson y su nivel de significación

VARIABLES	COEFICIENTES CORRELACIÓN ÍNDICE GENERAL DE SALUD	Significación (bilateral)	N
Edad del encuestado	-0,39 **	0,000	1.032
Años de residencia en Casablanca	- 0,14 **	0,000	1.032
Dicotómica: trabajo o no trabaja	- 0,06*	0,032	1.032
Nivel de estudios	0,28 **	0,000	1.032
Ingresos anuales netos de todos los miembros residentes en la unidad familiar	0,2**	0,000	1.032
Integración comunitaria	-0,12 **	0,000	1.032
Participación comunitaria	-0,10 **	0,001	1.032
Confianza percibida sistemas informales	-0,03	0,324	1.032
Confianza percibida sistemas formales	-0,07 *	0,020	1.032
Consumo de cigarrillos	0,02	0,537	1.032
Frecuencia de consumo de alcohol	0,08*	0,012	1.032
Consumo semanal de vino	-0,03	0,385	1.032
Consumo semanal de cerveza	0,14 **	0,000	1.032
Consumo semanal de licores, combinados, whisky	0,13 **	0,000	1.032
Frecuencia de prácticas deportivas	-0,16 **	0,000	1.032
Evitación consciente del consumo de café	0,11 **	0,000	1.032
Atención a la higiene bucodental	0,003	0,935	1.032
Atención a mantenerse en el peso ideal	-0,01	0,645	1.032
Utilización del cinturón de seguridad	0,46	0,137	1.032
Suma morbilidad aguda	-0,38 **	0,000	1.032
Suma morbilidad crónica	-0,46**	0,000	1.032
Suma de dolencias diagnosticadas	-0,42 **	0,000	1.032
Incapacitación tiempo libre	0,30 **	0,000	822
Incapacitación actividad principal	0,30 **	0,000	822
Incapacitación de autonomía personal	0,18 **	0,000	822
Incapacitación quedarse en cama	0,21 **	0,000	822
Tiempo de espera en el lugar de la consulta	0,03	0,536	308
Tiempo de duración de la consulta	-0,03	0,581	304
Atención recibida	0,09	0,094	311

**. La correlación es significativa a nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa a nivel de 0,05 (bilateral).

De las variables socioeconómicas consideradas, destacan los coeficientes de correlación alcanzados por las variables nivel de estudios e ingresos familiares (0,28 y 0,2 respectivamente). Es posible inferir que a mayor nivel de instrucción y más recursos económicos, mejor percepción de salud presenta la muestra analizada.

Las variables relacionadas con el apoyo comunitario (integración y participación) arrojan coeficientes de correlación bajos (-0,12 y -0,10 respectivamente), con un nivel de significación estadística bilateral de 0,01. Destaca el signo negativo de la correlación que expresa que un mayor sentimiento de pertenencia e integración en el barrio se relaciona con una peor salud percibida por parte de sus habitantes. En estos resultados podría estar influyendo a su vez, la edad.

Lo mismo sucede con algunas de las variables relacionadas con los comportamientos de riesgo para la salud. Según los coeficientes de correlación, un mayor consumo de cerveza (0,14) y licores (0,13) y una menor evitación del consumo de café (0,11) se asociarían débilmente con una mejor salud referida por los vecinos, mientras que una menor práctica de deportes (-0,16) y por lo tanto un mayor sedentarismo lo haría con una peor valoración de su salud.

4.4. ANÁLISIS DISCRIMINANTE

A continuación, se detallan los resultados obtenidos del análisis discriminante efectuado con el fin de determinar qué variables caracterizan dos grupos poblacionales diferenciados y establecidos a priori a través de un análisis de cluster de K medias: aquellos que refieren una peor salud (G1) frente a los que refieren una mejor salud (G2) (tabla 105).

Tabla 105: Análisis de cluster de la variable: índice general de salud

Cluster	Centroides iniciales	Media del grupo en la variable	Casos en cada grupo	Nombre
1	37,0000	64,9068	354	Percepción de Peor salud
2	104,0000	80,8230	678	Percepción de Mejor salud
		75,363	1032	

Como puede observarse en la tabla 106, la correlación entre las puntuaciones de la función y las puntuaciones de los grupos de percepción de salud es de 0,44 (moderada). Por otra parte, esta función lleva asociado un Lambda de Wilks de 0,807 que puede transformarse en un χ^2 de 64,503. Esta magnitud, para unos grados de libertad de 4, se vincula con una probabilidad de error $p < 0,001$. Esto implica que las diferencias encontradas en la muestra se deben a la presencia de esas diferencias en la población objeto de estudio con una probabilidad de error inferior de un caso por cada mil, y que consecuentemente la función discriminante es significativa.

Tabla 106: Funciones discriminantes canónicas

Función	Autovalor	% de Varianza	% acumulado	Correlación canónica	Contraste de funciones	Lambda de Wilks	Chi- cuadrado	gl	p
1	0,240 ^a	100,00	100,00	0,44	1	0,807	64,503	4	0,000

a. Se adjunta la primera función discriminante canónica en el análisis.

Para valorar la contribución de las distintas variables a la discriminación y determinar aquellas que tienen un mayor peso en la función, se recurre a los coeficientes estandarizados de las variables incluidas por el método de análisis paso a paso (stepwise) en las funciones discriminantes reflejados en la tabla 107. La mayor contribución a la función se observa en las puntuaciones de suma de morbilidad crónica (0,59) y suma de incapacidad (0,41).

Tabla 107: Coeficientes estandarizados de la función discriminante

Variables	Función 1
Edad	0,38
Ingresos	-0,28
Suma morbilidad crónica	0,59
Suma incapacidad	0,41

No obstante, para constatar la contribución de todas las variables disponibles a la función, es necesario analizar las saturaciones en la función de cada una de estas variables a través de sus coeficientes estructurales (tabla 108), ya que es posible la presencia de efectos supresores entre determinadas variables.

Así, se observa que los mayores coeficientes aparecen en las variables suma de morbilidad crónica (0,74), edad (0,64) y dolencias diagnosticadas (0,56) todas ellas con valores por encima de |0,5|. En segundo orden de importancia, y con coeficientes de correlación superiores a |0,3| se situarían la suma de incapacidad (0,49), el nivel de estudios (-0,46), los ingresos anuales (-0,41), la suma de morbilidad aguda (0,37) y los años de residencia en Casablanca (0,32).

Tabla 108: Matriz de estructura: coeficientes estructurales

Variables	Función 1
Suma morbilidad crónica	0,75
Edad	0,64
Dolencias diagnosticadas	0,56
Suma incapacidad	0,49
Nivel de estudios	-0,46
Ingresos	-0,41
Suma morbilidad aguda	0,37
Nº miembros que residen unidad familiar	-0,34
Años residencia Casablanca	0,32
Consumo semanal licores	-0,27
Consumo semanal de cerveza	-0,25
Participación comunitaria	0,23
Evitación consciente consumo café	-0,23
Frecuencia de consumo de alcohol	-0,21
Integración comunitaria	0,16
Atención recibida	-0,15
Consumo de cigarrillos	-0,15
Sistemas formales	0,14
Sistemas informales	0,13
Utilización del cinturón de seguridad	-0,10
Frecuencia de prácticas deportivas	0,08
Consumo semanal de vino	-0,06
Atención a mantenerse en peso ideal	-0,06
Tiempo de duración de la consulta	-0,03
Atención a la higiene bucodental	-0,03
Número de consultas realizadas	-0,02
Tiempo de espera en el lugar de la consulta	-0,00

Para profundizar en el sentido en que las variables anteriores influyen sobre la percepción de salud es necesario analizar la posición relativa de los centroides en el eje discriminante. La tabla 109 revela que el centroide G1, peor valoración, es de 0,45, mientras que el centroide G2, mejor valoración, con un valor negativo de 0,53 se encuentra en el extremo opuesto del eje discriminante. Esto sitúa al grupo uno a la derecha en el eje discriminante, y se asocia a valores mayores y positivos en la función; mientras que el grupo dos aparecería a la izquierda, asociándose con valores menores y negativos.

Tabla 109: Funciones de los centroides de grupo

Grupos de valoración del índice general de salud	Función 1
G1: Valoración peor	0,45
G2: Valoración mejor	-0,53

Al retomar los resultados ofrecidos en la tabla 108, se constata que los vecinos con peor salud serán los que obtengan valores más elevados en las variables con coeficientes de estructura positivos. Así, a mayor edad, mayor número de dolencias percibidas y diagnosticadas, mayor grado de incapacitación y mayor número de años residiendo en el barrio, peor será el índice general de salud. Por el contrario, los vecinos con mejor valoración de la salud presentarán valores altos en las variables con coeficientes de estructura negativos, de tal manera que un mayor nivel de estudios y de ingresos mejorará la percepción de salud.

En relación con los comportamientos de riesgo, todas las variables arrojan coeficientes de estructura negativos, llamando la atención que a mayor consumo de alcohol y tabaco y más comportamientos negligentes con relación a la salud (falta de atención a mantenerse en el peso ideal, escasa evitación consumo de café y falta de atención a la higiene bucodental), el índice general de salud de la población mejora. El sedentarismo es el único de estos comportamientos que no sigue esta tendencia (tiene un coeficiente positivo) relacionándose una menor práctica de actividad física con una peor valoración de la salud.

Por último, con el objetivo de evaluar la eficiencia del procedimiento de clasificación de la función discriminante, y por tanto su capacidad de predicción, se ha comparado la clasificación a partir de los datos procedentes de la combinación lineal entre las variables discriminantes (función discriminante), con la clasificación de los datos originales (véase análisis de clúster de la variable percepción de salud en tabla 105).

De esta manera es posible apreciar cómo se ha clasificado correctamente a un 75% de los encuestados. Destaca especialmente el elevado porcentaje (86%) en el nivel de percepción saludable. Estos porcentajes son sustancialmente mayores a los que se obtendrían por el azar (50%).

Tabla 110: Resultados de la clasificación

Grupo/asignación	Observaciones	Grupo 1	Grupo 2
Grupo 1: Valoración peor	354	191 54,0%	163 46,0%
Grupo 2: Valoración mejor	678	95 14%	583 86,0%

*Porcentaje de casos clasificados correctamente: 75,0% de los casos agrupados originales.

Con el objetivo de profundizar en la influencia de la variables sexo (hombre y mujer) y zona de residencia (Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras) sobre la percepción de salud, se ha procedido a realizar un análisis discriminante para estos subgrupos poblacionales.

En la tabla 111 se observan los resultados de la función discriminante para el subgrupo poblacional de los hombres. Con un coeficiente de correlación canónica de 0,47, la función es significativa y lleva asociada un Lambda de Wilks de 0,776.

Tabla 111: Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo sexo: hombre

Función	Autovalor	% de Varianza	% acumulado	Correlación canónica	Contraste de funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	p
1	0,289 ^a	100,00	100,00	0,47	1	0,776	29,300	3	0,000

a. Se adjunta la primera función discriminante canónica en el análisis.

Las variables que más contribuyen a la función discriminante son la edad del encuestado, la suma de morbilidad crónica y el nivel de incapacitación con unos coeficientes estandarizados de 0,56, 0,50 y -0,49 respectivamente.

Al analizar los coeficientes de estructura, y considerar la posición de los centroides de grupo con respecto al eje discriminante, se aprecia que a las variables anteriores se le suman las dolencias diagnosticadas, variables de tipo socioeconómico como son el número de personas que residen en la unidad familiar, el nivel de estudios y los ingresos anuales, así como las variables relacionadas con el apoyo comunitario (participación, integración y apoyo en los sistemas formales) y con los estilos de vida (consumo de licores y de cerveza). En todos los casos, los coeficientes de estructura son superiores a 0,20.

Estos resultados, señalan como variables que definen la peor salud de los hombres su edad avanzada y aspectos relacionados con la morbilidad, sea aguda o crónica, el padecimiento de enfermedades, y la mayor participación e integración comunitaria así como la confianza en los sistemas formales. Variables de tipo sociodemográficas como el mayor grado de instrucción y de ingresos anuales, junto con el consumo de alcohol (cerveza y licores) y una menor incapacitación definen una mejor salud.

Esta función discriminante ha clasificado correctamente a un 71,2% de los encuestados, siendo más elevado el porcentaje para la clasificación de los hombres que tienen una valoración más positiva de su salud (80,9%). El resultado para clasificar a los hombres que peor valoran su salud es pobre (55,1%).

En el caso del subgrupo poblacional femenino, los resultados de la función discriminante observables en la tabla 112, fueron significativos con un coeficiente de correlación canónica de 0,42 y un Lambda de Wilks asociado de 0,83.

Tabla 112: Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo sexo: mujer

Función	Autovalor	% de Varianza	% acumulado	Correlación canónica	Contraste de funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	p
1	0,210 ^a	100,00	100,00	0,42	1	0,826	32,915	3	0,000

La función discriminante estuvo definida por tres variables: la evitación consciente del consumo de café, la incapacitación y el número de dolencias diagnosticadas, con unos coeficientes estandarizados de 0,44, 0,41 y -0,67 respectivamente. Al analizar los coeficientes de estructura, se suman a las anteriores las variables: suma de morbilidad crónica, edad, nivel de estudios y suma de morbilidad aguda.

De esta manera, el grupo de mujeres con peor salud se caracteriza por un mayor número de enfermedades tanto diagnosticadas como percibidas, agudas o crónicas, mayor grado de incapacitación, una mayor edad, y una mayor evitación del consumo de café. Por el contrario, las mujeres con mejor salud se caracterizan por un mayor nivel educativo. Los resultados de la clasificación indican que esta función discriminante clasifica correctamente al 67,2% de los casos agrupados (siendo un 74% para la mejor salud y un 58,3% para peor salud).

Al efectuar el análisis discriminante considerando los subgrupos zona de residencia, se observa cómo en el caso de Viñedo Viejo se obtiene una función discriminante significativa con un coeficiente de correlación canónica moderado (0,42) y un Lambda de Wilks de 0,817 (tabla 113).

Las variables que definieron mejor la función discriminante fueron el número de dolencias diagnosticadas, la edad del encuestado, el consumo semanal del vino y el grado de incapacidad con unos coeficientes estandarizados de 0,62, 0,43, 0,40 y -0,36 respectivamente. El análisis de los coeficientes de estructura sumaba a las anteriores, otras variables de relevancia como son la morbilidad crónica y aguda, el nivel de estudios y el número de miembros que residen en la unidad familiar. Así, los vecinos con peor salud se caracterizaban por una mayor edad, mayor número de dolencias y comorbilidades y más años de residencia en el barrio, mientras que los que referían una mejor salud se caracterizaban por un mejor nivel educativo, un menor grado de incapacidad y un mayor número de miembros residiendo en la unidad familiar.

La función clasificó correctamente al 69,4% de los casos agrupados, siendo el porcentaje más elevado en el caso de los sujetos con mejor salud (78,3%), frente al 59,1% en el caso de los vecinos con peor salud.

Tabla 113: Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo territorio: Viñedo Viejo

Función	Autovalor	% de Varianza	% acumulado	Correlación canónica	Contraste de funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	p
1	0,225 ^a	100,00	100,00	0,43	1	0,817	36,869	4	0,000

En el análisis de la subzona Las Nieves (tabla 114), la función discriminante arrojó unos coeficientes de correlación canónica de 0,53 y un Lambda de Wilks de 0,71. Las variables que definieron la función, junto con sus correspondientes coeficientes estandarizados, fueron la morbilidad crónica (0,76), variables relacionados con los estilos de vida como el consumo semanal de cerveza (-0,39) y la atención a la higiene bucodental (0,60), y el número de consultas realizadas a un profesional en las dos últimas semanas (0,76). El análisis de los coeficientes estructurales añade las variables relacionadas con la percepción de enfermedades agudas o crónicas, los ingresos anuales netos de todos los miembros residentes en la unidad familiar, los años de residencia en el barrio y la incapacidad.

La consideración conjunta de las variables en función de los centroides de grupo, definen a los vecinos con peor salud como aquellos con más dolencias, morbilidades o que refieren más incapacidad, los que más consultan al médico, que llevan más años residiendo en el barrio y los que no prestan atención a su higiene bucodental. Frente a ellos, los que refieren mejor salud son los que consumen semanalmente más cerveza y tienen un nivel de ingresos más elevado.

La función discriminante clasificó correctamente al 72,1% de los casos agrupados, siendo el porcentaje de clasificados en el colectivo de personas que perciben positivamente su salud más elevado que el de clasificados como de peor salud (76,9 vs 59,8).

Tabla 114: Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo territorio: Las Nieves

Función	Autovalor	% de Varianza	%. acumulado	Correlación canónica	Contraste de funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	p
1	0,401 ^a	100,00	100,00	0,53	1	0,714	29,981	4	0,000

Finalmente, la función discriminante obtenida para la subzona de Fuentes Claras, presenta los mejores resultados en cuanto a la correlación canónica (0,88) y Lambda de Wilks (0,226) tal y como se puede observar en la tabla 115.

Tabla 115: Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo territorio: Fuentes Claras

Función	Autovalor	% de Varianza	%. acumulado	Correlación canónica	Contraste de funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	p
1	3,420 ^a	100,00	100,00	0,88	1	0,226	18,576	3	0,000

Para esta subzona y tras el análisis de los coeficientes de estructura, además de las morbilidades aguda y crónica y el número y duración de las consultas médica, tomaron particular relevancia las variables relacionadas con los estilos de vida, como son el sedentarismo, el consumo de cigarrillos y alcohol, la atención a la higiene bucodental y el consumo de café, además de la confianza en los sistemas de apoyo formales. De esa manera, los sujetos con peor salud, además de referir más morbilidades y una frecuencia y duración de sus consultas médicas superiores, aparecen caracterizados como más sedentarios y con mayor confianza en los servicios formales comunitarios de apoyo social. Frente a ellos, los que refieren mejor salud son mayores consumidores de alcohol, en sus modalidades de licores y cerveza, más fumadores, prestan menos atención a su higiene bucodental y no evitan de manera consciente el consumo de café.

La función clasificó correctamente al 77,9% de los casos agrupados, con un 80,2% para los sujetos clasificados como de mejor salud, y un 69,6% para los clasificados como de peor salud.

En el Anexo IV se presentan unas tablas resumen de los resultados con los diferentes procedimientos estadísticos empleados hasta el momento en relación a la mayor o menor percepción de salud según las variables analizadas. Se destacan las variables que han resultado significativas, su grado de predicción y la comparación dentro de los grupos (mejor salud/peor salud de la variable independiente).

4.5. REGRESIONES

Las variables explicativas consideradas para la regresión, con sus correspondiente categorización en niveles, fueron las siguientes: sexo (dos niveles: hombre y mujer), edad (tres niveles: edad 1- jóvenes, edad 2- adultos, edad 3- tercera edad), zona de residencia (tres niveles: Fuentes Claras, Las Nieves y Viñedo Viejo), nivel educativo (tres niveles: sin estudios o estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios), situación laboral (trabaja, parado, estudiante, ama de casa y jubilado), ingresos (cuatro niveles: ingresos 1- menos 6.000 €/año, ingresos 2- entre 6.000 y 12.000 €/año, ingresos 3- entre 12.000 y 18.000 €/año e ingresos 4- más de 18.000 €/año).

Se han realizado tres estimaciones diferentes para observar el comportamiento de la percepción de salud en función de la zona de residencia (estimación 1), de las variables sociodemográficas (estimación 2) y del sexo (estimación 3). Los resultados aparecen reflejados en la tabla 116. En negrita aparecen destacados los valores $P \leq 0,05$

Tabla 116: Percepción de salud y modelos regresivos

VARIABLES	ESTIMACIÓN 1: ZONA		ESTIMACIÓN 2: GENERAL		ESTIMACIÓN 3: SEXO			
	Nº observaciones: 1032		Nº observaciones: 1032		Mujer Nº observaciones: 535		Hombre Nº observaciones: 497	
	Coefficiente	Valor P	Coefficiente	Valor P	Coefficiente	Valor P	Coefficiente	Valor P
Las Nieves	2,3861	0,00	0,3105	0,64	-0,5367	0,60	0,5258	0,54
Fuentes Claras	3,3656	0,00	-1,4107	0,22	-1,6029	0,35	-1,3594	0,36
Edad 1			4,6447	0,00	5,9574	0,00	-2,0545	0,50
Edad 2			-0,1090	0,92	2,4589	0,09	-8,0327	0,00
Soltero			-2,1134	0,06	-1,8695	0,24	-1,9554	0,24
Divorciado			-3,7059	0,06	-3,0021	0,27	-3,5389	0,23
Viudo			-2,8989	0,05	-4,8514	0,01	3,5604	0,28
Parado			0,1973	0,86	1,7010	0,29	-1,8738	0,27
Estudiante			1,8885	0,08	2,6809	0,10	1,0136	0,48
Ama de casa			-0,4984	0,62	0,3032	0,81	Omitida*	
Jubilado			-3,9686	0,00	-0,7045	0,73	-11,8444	0,00
Sin estudios/ primarios			-3,0062	0,00	-3,8155	0,01	-1,6595	0,21
Estudios secundarios			-1,6304	0,05	-3,1102	0,01	-0,4719	0,67
Ingresos 1			-2,4722	0,04	-2,0693	0,22	-1,9014	0,28
Ingresos 2			-1,4841	0,09	-2,002	0,14	-1,0267	0,40
Ingresos 3			-1,6027	0,06	-1,1428	0,41	-1,9592	0,07
R ²	0,0187		0,1771		0,1678		0,2178	

*. Omitida por causa de la colinearidad

A la luz de los resultados de la primera estimación, se observa cómo el vivir en Las Nieves aumenta en 2,4 veces y en Fuentes Claras en 3,4 la puntuación de la percepción de salud medida por el cuestionario, en relación a vivir en Viñedo Viejo.

En las siguientes estimaciones, la incorporación de más variables en el modelo determina que el efecto de la variable zona que aparece incluido en los coeficientes se diluya, de manera que los coeficientes de la zona geográfica dejan de ser estadísticamente significativos.

Entre las estimaciones estadísticamente significativas, se destaca que en el caso de la segunda estimación los jóvenes presentan mejor salud general (4,6 veces mejor puntuación) que los residentes de mayor edad del barrio. Lo mismo sucede con los vecinos casados, con una mejor salud que los solteros, divorciados y viudos, si bien en el caso de los solteros y divorciados los resultados no son estadísticamente significativos. Los vecinos que trabajan presentan mejor percepción de salud que los jubilados (3,9 veces mejor). Las personas con un nivel de estudios universitario presentan mejor salud percibida que las personas sin estudios (3 veces mejor) o los que han alcanzado un nivel de estudios de primaria, secundaria o formación profesional (1,6 veces mejor). Por último, en relación con el nivel de ingresos, los vecinos con un nivel de ingresos superior perciben hasta 2,44 veces mejor su salud que aquellas que tienen el nivel de ingresos más bajo de la zona (menos de 6.000 €).

En la tercera estimación, en la que se consideran las diferencias de sexo para las diferentes variables socioeconómicas, se puede observar cómo:

- a) En el caso de las mujeres, las jóvenes refieren aproximadamente 6 veces mejor salud que las mayores de 60 años. Las que están casadas perciben mejor su salud (4,8 veces) que las viudas. Lo mismo sucede con las universitarias en relación con las que no tienen estudios o se han quedado en un nivel educativo primario (que perciben 3,8 veces peor su salud) o secundario (con 3,1 veces peor percepción). Se confirman en estos casos, las tendencias observadas sobre la población general, expresadas en los resultados de la segunda estimación.
- b) Para los hombres, las diferencias en la percepción de salud se observan únicamente en el caso de la edad y de la situación laboral. Así, los mayores de 60 años perciben hasta 8 veces mejor su salud que los adultos, lo que supone una inversión de la tendencia observada sobre la población general del barrio. Los que trabajan se consideran más sanos que los que están jubilados. En este caso se confirma la tendencia general, si bien las diferencias entre los trabajadores y los jubilados son más acentuadas que para el conjunto de los vecinos (los hombres en activo se consideran 11 veces más sanos que los jubilados, frente a las 3,9 veces observadas al considerar la población en su conjunto).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este apartado se realiza la discusión de los resultados obtenidos con los diferentes procedimientos estadísticos empleados, centrándose de manera prioritaria en la percepción de salud como variable diana de la investigación.

En las conclusiones se refuerza la conveniencia de la utilización de la percepción de salud como indicador “psicosocial” de la misma y se retoman las consideraciones del marco teórico en relación a los determinantes sociales de la percepción de salud. Además, se sugieren las fortalezas, limitaciones y posibles líneas de intervención que se derivan del estudio.

5.1. DETERMINANTES SOCIALES: SU REFLEJO EN LA MUESTRA

5.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

5.1.1.1. Sexo.

Salud, enfermedad y muerte han sido a lo largo de la historia de las sociedades occidentales un fenómeno relacionado con el sexo. Ya en el S.XVII John Graunt, mercader inglés considerado como el primer demógrafo, fundador de la bioestadística y precursor de la epidemiología, puso de manifiesto esta relación al observar que en Gran Bretaña las mujeres vivían más años que los hombres. La evidencia más reciente continúa confirmando este aspecto, con unos índices de mortalidad por edad más altos en el hombre que en la mujer, mientras que ésta muestra un estado de salud más precario (Lahelma, Martikainen, Rahkonen y Silventoinen, 1999), a través de diferentes indicadores entre los que se encuentra la percepción de salud.

En el presente estudio el análisis factorial ANOVA indica que son más las mujeres que tienen una peor percepción de salud frente a los hombres. Este resultado es congruente con lo aportado por la literatura científica hasta el momento (Abellán, 2003; Eriksson, Undén y Elofsson, 2001; Molarius, Berglund, Ericsson, Lambe, Nordström, Ericsson y Feldman, 2006).

Al profundizar en las diferentes dimensiones que integran el índice de salud, es posible observar que las mujeres tienden a considerar su estado de salud actual y anterior peor que los hombres, de la misma manera que se preocupan más por su salud y se consideran menos resistentes a la enfermedad que sus compañeros varones.

En ese sentido, se puede observar como los resultados obtenidos son coherentes con las creencias culturales estereotipadas en la sociedad sobre género que apuntan que el hombre es más fuerte y menos vulnerable que la mujer (son el sexo fuerte), que su cuerpo es estructuralmente más eficiente y superior al de las mujeres y que preocuparse por la salud y cuidarse es un comportamiento propiamente femenino.

Autores como Courtney (2000) discuten sobre la contribución que se ha realizado a esta construcción social desde el propio ámbito sanitario y de la investigación social.

La inequidad de género contribuye a la “invisibilidad” de los trastornos de salud y variables subjetivas de percepción de los hombres. A menudo, se presume que la mujer tiene peor salud porque pasa más días de reposo en cama y presenta una mayor utilización de los recursos sanitarios que sus compañeros varones. Los términos aplicados a este tipo de comportamientos presentes en la mujer, que por otra parte pueden considerarse como promotores de la salud, tienden a una mayor “patologización” de su salud: *exceso* de días de reposo en cama, *uso excesivo* de los servicios sanitarios. El uso de estos términos transforma acciones de curación en indicadores de enfermedad, y hace de la salud de la mujer un problema, reforzando la posición del hombre como el estándar de salud.

Sin embargo, si se considera que las mujeres son menos proclives a padecer enfermedades graves (infartos agudos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, etc.) y que viven más que los hombres, parece razonable pensar que deberían ser éstas las que estableciesen el estándar frente al que contrastar la salud y los hábitos relacionados con la misma de los hombres. De ser así, debería referirse, por poner un ejemplo, la *infrautilización* por parte del hombre de los servicios sanitarios. Consecuentemente, se debe considerar que aunque las mujeres valoren su estado de salud como peor, no implica necesariamente que éste sea más pobre.

Al profundizar a través del análisis discriminante en las diferencias sobre la valoración de la salud que efectúan hombres y mujeres, los resultados obtenidos muestran que las variables que predicen la peor salud de la población en función de su sexo presenta un gran número de elementos comunes independientemente del mismo. Es el caso de la edad avanzada, la presencia de morbilidades agudas o crónicas, el número de dolencias diagnosticadas y el grado de incapacitación, todos ellas con un impacto negativo directo sobre la salud.

Sin embargo, los predictores de una mejor salud muestran un mayor peso de los ingresos anuales y del consumo de alcohol en el caso de los hombres, frente a la única variable relacionada con el mayor nivel de instrucción en el caso de las mujeres. Llama la atención que en ambos casos, la función discriminante predice mejor el bienestar en ambos sexos (con porcentajes de predicción del 80,9% para los hombres y del 74% para las mujeres) que la peor salud (que en ningún caso supera el 60% de poder de predicción).

Las regresiones efectuadas refuerzan la variable educativa como definitoria del estado de salud de las mujeres. También en este colectivo destaca el peso específico de la variable estado civil, de manera que las casadas perciben mejor su salud (4,8 veces mejor) frente a las viudas, confirmándose en ambos casos las tendencias observadas en las regresiones realizadas sobre la población general.

En el caso de los hombres, la regresión señala como variable definitoria la situación laboral, de manera que los que trabajan se sienten más sanos que los jubilados, aspecto también constatado sobre la totalidad de la muestra.

De estos datos es posible inferir, que las diferencias objetivas observables en la salud percibida y en los índices de morbilidad por parte de hombres y mujeres, podrían

estar, como sugieren algunos autores (Emslie, Hunt y Macintyre, 1999), más vinculadas al reparto diferencial de sus roles y recursos dentro de la sociedad, (en sí mismos promotores o de riesgo para la salud), que a otros aspectos como la vulnerabilidad biológica (que incluye la fisiología reproductiva femenina así como factores hormonales y genéticos).

Los resultados de la presente investigación confirman que la salud de hombres y mujeres presentan diferentes determinantes sociales. Para los vecinos de Casablanca el estar empleado y disponer de más recursos económicos implica una mejor salud, no sucediendo así en el caso de las vecinas, ya que ellas suelen obtener empleos más precarios y peor remunerados frente a sus compañeros varones. Frente a esto, para las mujeres aparece muy reforzada la variable nivel educativo, constituyendo un mayor nivel de instrucción un elemento facilitador de la salud femenina (lo que puede estar mediatizando de manera indirecta la obtención de un mejor empleo y consecuentemente de un mayor número de ingresos con su correspondiente efecto positivo sobre la salud).

Con frecuencia, el acceso al trabajo remunerado por parte de las mujeres ha significado una carga adicional a su rol social vinculado al trabajo en el hogar y el cuidado familiar, en vez de entenderse como un indicador de estatus, ingresos y posición social, lo cual sí sucede en el caso de los hombres. Estos son a su vez, factores relacionados con la estructuración social de género y de poder, tal y como recoge la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en su modelo explicativo (Solar e Irwin, 2007).

La manera en que las actividades que una persona desarrolla durante gran parte de su vida estén codificadas en términos de “masculino” y “femenino” modulan la experiencia en salud diferencial de las mujeres frente al hombre, y afectan o se interrelacionan con un gran número de determinantes de la misma (factores psicosociales, estilos de vida y comportamientos de riesgo, etc.)

En un futuro, cabe plantearse como hipótesis que a medida que se homogenice la situación de la mujer con relación al hombre se producirán cambios en las diferencias existentes en su percepción de salud. El acceso a la educación, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, y el disfrute de un mayor apoyo social son factores estructurales cuya influencia positiva en su estado de salud ya ha sido ampliamente reconocida (Séculi, Fusté, Brugulat, Juncá, Rué y Guillén, 2001).

5.1.1.2. Edad.

Todos los procedimientos estadísticos empleados confirman que la edad se relaciona directamente con la percepción de salud. El coeficiente de correlación de Pearson es de -0,39 (correlación moderada) y en el análisis discriminante los coeficientes de estructura más elevados para esta variable se alcanzaron para el discriminante total y para los discriminantes efectuados para los grupos muestrales de sexo – hombre, ingresos – altos y territorio – Viñedo Viejo (todos ellos por encima del 0,6).

En la regresión, la segunda estimación considerando las variables socioeconómicas y su influencia sobre la salud de la totalidad de la muestra, indica que los jóvenes

presentan mejor percepción de la salud general (4,6 veces mejor puntuación) que los residentes de mayor edad del barrio. Este dato no llama la atención si se considera la escasa percepción del riesgo que se da entre los jóvenes, así como los bajos índices de morbilidad que presentan en relación con la población de mayores.

Al realizar la regresión por sexo, se observa que en el caso de las mujeres se mantiene e incrementa esta tendencia, de manera que las jóvenes valoran aproximadamente 6 veces mejor su salud que las mayores de 60 años.

Según los datos obtenidos, es posible concluir que la edad se constituye como un importante predictor de la salud poblacional, de manera que cuanto mayor sea la edad de las personas, peor es la valoración que efectúan de la misma. Entre los factores explicativos, se podrían citar el incremento de enfermedades crónicas que se padecen con el paso de los años, la mayor presencia de discapacidades asociadas y el hecho de que en el barrio de análisis la población de más edad pertenezca a clases sociales más desfavorecidas (Séculi y cols, 2001). En el caso de las mujeres, el efecto de la edad sobre la peor percepción de salud tiene un mayor impacto que sobre la población general.

Son abundantes los estudios que han demostrado esta relación entre percepción de salud y edad. Sin embargo, no es menos cierto que en su mayoría estas investigaciones se han centrado en la población de más edad, pues es el colectivo en el que más interés suscita analizar el poder predictivo de la percepción de salud sobre la morbilidad (Abellán, 2003; Benyamini e Idler, 1999; Deeg y Bath, 2003; Gallegos-Carrillo, García-Peña, Duran-Muñoz, Reyes y Durán-Arenas, 2006; Idler, 1992; Idler y Benyamini, 1997a; Idler y Benyamini, 1997b; Liang, 1986; Séculi y cols, 2001). Dicho interés se justifica por sus consecuencias sobre los costes del sistema sanitario, en la necesidad de adopción de políticas socio-sanitarias ajustadas a las demandas de una mayor calidad de vida de este sector poblacional con un amplio peso demográfico en las sociedades actuales y en el estudio de la sostenibilidad de los sistemas de bienestar de los países desarrollados.

Dentro del grupo de las personas mayores, los estudios revelan que en el caso de los más ancianos, su percepción de la salud mejora frente a los mayores de menor edad. Esto parece indicar que, más allá de la influencia que el padecimiento de enfermedades crónicas y discapacidad pueda tener en la autovaloración del estado de salud, existen diferencias en las expectativas de vida y en la adaptación al sufrimiento de problemas de salud según grupos de edad (Séculi y cols, 2001). Ellen Idler (1993b) apunta varias hipótesis para explicar esta particular correlación:

1. La hipótesis del envejecimiento, según la cual las personas tienden a dar de manera progresiva evaluaciones más positivas de su estado de salud conforme se van haciendo viejos. La valoración del estado de salud está sujeta a cambios a lo largo del tiempo.
2. La hipótesis cohorte o el efecto cohorte, referido a las diferencias que afectan a las personas nacidas en diferentes generaciones. Las diferencias vitales o de expectativas entre generaciones llevarían a que las cohortes más envejecidas percibieran la salud más positivamente.

3. La hipótesis de la selección natural o de la supervivencia, según la cual los más ancianos son el grupo que con el paso de los años ha sufrido un proceso de selección natural, que hace que los sobrevivientes sean los más saludables. Por ello, su percepción de salud se asocia positivamente a la edad (más edad, mejor salud) ya que las personas con pobre percepción de salud fallecen.

En esta investigación, y partiendo de los resultados de los análisis discriminantes efectuados por sectores poblacionales así como de las regresiones, es posible plantear una serie de inferencias al respecto que confirmarían las hipótesis propuestas por Idler.

Así, en el estudio del número de consultas sanitarias realizadas y su relación con la percepción de salud, se da como única excepción al comportamiento general “a mayor número de consultas peor salud”, el discriminante efectuado sobre la población de la tercera edad (con un coeficiente de estructura de 0,4). Los mayores de 60 años de edad de Casablanca, evalúan mejor su estado de salud cuantas más consultas realizan. No obstante, se ha de efectuar esta consideración con las reservas oportunas, ya que el estudio no se da en el ámbito hospitalario sino en el comunitario. Se entrevistó por tanto población “a priori” sana y se excluyó tanto la población mayor hospitalizada como la institucionalizada.

Al analizar la variable “años de residencia en el barrio”, nuevamente se observa que como únicas excepciones al comportamiento general de que “a mayor tiempo de residencia en el barrio peor salud”, se encuentran los discriminantes efectuados para el grupo de jóvenes y ancianos, en los que un mayor tiempo de permanencia se asocia con mejor salud. Si bien el coeficiente de estructura para el discriminante jóvenes es muy pobre (-0,002), no sucede así en el de los ancianos (0,41). Esto puede indicar que entre la población de mayores, aquellos de mayor tiempo de residencia en el barrio (y seguramente de mayor edad) refieren mejor salud. No obstante, sería posible efectuar otra lectura sobre este hallazgo, y es que tanto en la juventud como en la tercera edad las cuestiones identitarias son muy importantes y el territorio de residencia cumple una importante función de fuente de apoyo y pertenencia, que favorece el optimismo en la valoración sobre la salud.

En el caso de los varones, en la tercera estimación efectuada en las regresiones, se aprecia cómo los mayores de 60 años perciben hasta 8 veces mejor su salud que los adultos, en oposición a la tendencia observada en la población general y en las mujeres. Esto puede explicarse por los peores hábitos relacionados con la salud que presentan los hombres adultos frente a sus coetáneas femeninas.

Los varones con comportamientos negligentes para la salud, o bien fallecen de manera precoz a consecuencia de los mismos, sobreviviendo los más fuertes y con mejor salud; o a lo largo de su ciclo vital cambian a formas más saludables de estilos de vida que hacen que de mayores valoren mejor su salud.

5.1.1.3. Estado civil.

El estado civil se manifiesta como un importante aspecto social asociado a factores de riesgo para la salud, la morbilidad y la mortalidad, así como a la percepción de salud (Lindström, 2009).

En el presente estudio, los datos obtenidos a partir de la regresión en su segunda estimación sobre las variables sociodemográficas indican que los vecinos casados, o que están cohabitando, valoran mejor su salud que aquellos que viven solos, sean solteros, divorciados o viudos. Este dato coincide con lo encontrado en otros estudios como el desarrollado por Södergren, Sundquist, Johansson y Sundquist (2008) sobre la población sueca, y por la Fundación Gaspar Casal (2007) sobre la población española.

Los resultados del análisis ANOVA matizan este hallazgo, ya que la comparación de medias entre grupos indica que los únicos que presentan diferencias significativas con relación a los otros tres grupos son el colectivo de solteros, con un índice general de salud superior al de casados, divorciados y viudos. Este resultado puede estar justificado por una mayor juventud de los solteros, pues como ya se demostró la edad afecta a la propia salud y su percepción. Los casados también presentan diferencias con relación a los viudos, con una percepción más positiva por parte de los primeros.

En cualquier caso, la viudedad parece confirmarse como la situación más desfavorable para la percepción de salud de una persona. La pérdida de un cónyuge a menudo supone: la pérdida del soporte emocional y la influencia conyugal en comportamientos relacionados con la salud, la pérdida de la estabilidad económica, en muchos casos con incremento del riesgo de vivir bajo condiciones económicas y materiales más precarias, la disminución del apoyo social, con menor número de contactos sociales y confianza en los otros, y probablemente una utilización deficiente de los servicios sanitarios. Algunos de estos motivos es muy posible que se pudiesen aplicar también a los divorciados y a todos aquellos que viven solos (Lindström, 2009).

Los datos confirman que el estado civil puede afectar de manera diferencial a la salud del hombre y a la de la mujer. En la tercera estimación de la regresión efectuada considerando la variable sexo, sólo se observaron diferencias significativas para los resultados en el caso de las mujeres, mostrando que las que están casadas perciben su salud 4,8 veces mejor que las viudas.

Este hecho podría estar mediatizado por patrones socioeconómicos de estatus ocupacional diferentes para la población masculina y femenina. Así, en el barrio de Casablanca, es muy posible que entre las viudas predominen aquellas de edad avanzada y cuya actividad principal sean las labores del hogar, con lo que no es de extrañar que el fallecimiento del esposo, que desarrollaba la actividad principal remunerada, suponga una reducción de sus ingresos económicos al empezar a percibir la pensión de viudedad.

5.1.1.4. Situación laboral.

Los datos obtenidos con los diferentes estadísticos del estudio vienen a confirmar la evidencia de la literatura científica, según la cual el trabajo ejerce un efecto positivo

sobre la salud (Ferrie, Shipley, Stansfeld y Marmot, 2002; Wilkinson y Marmot, 2003). En el análisis de varianza se revela que los trabajadores tienen mejor percepción de salud frente a los no trabajadores, (considerando como trabajadores aquellos que en el momento del estudio desempeñaban una actividad remunerada, e integrando dentro del grupo de no trabajadores al colectivo de desempleados, estudiantes, amas de casa y jubilados).

En la regresión, se profundiza en el análisis del colectivo de no trabajadores al considerarse los jubilados, las amas de casa, los estudiantes y los parados como categorías de análisis independientes. Únicamente resultó significativa la regresión en su segunda estimación para el colectivo de trabajadores frente al de jubilados, presentando los vecinos empleados una salud hasta 3,9 veces mejor. Esta situación, se mantiene y acentúa de manera importante al realizar las estimaciones por sexo para el colectivo de vecinos, de manera que los hombres en activo se consideran 11 veces más sanos que los jubilados. En el caso de las mujeres, no se alcanza un nivel de significación estadística para ninguna de las variables relacionadas con la ocupación. De esta manera, los efectos del empleo sobre la salud se encuentran modulados por la variable sexo con una influencia claramente positiva sobre la percepción de salud de los varones trabajadores frente a las mujeres.

Queda abierto el debate de si las diferencias percibidas en la salud de los empleados frente a las empleadas, derivan de esa experiencia de rol de género (modelo de género), o bien guardan relación con las características del trabajo remunerado (modelo de empleo), de manera que a idénticas condiciones laborales, se diluyen las diferencias en salud (Emslie y cols, 1999).

5.1.1.5. Nivel de estudios.

En relación a esta variable, se observa una gran congruencia entre los resultados obtenidos a través de los diferentes procedimientos estadísticos empleados. El análisis de varianza, el coeficiente de correlación de Pearson (0,28 de débil a moderado), la mayoría de los discriminantes efectuados y las regresiones, vienen a confirmar que cuanto mayor es el nivel de instrucción, mejor es la percepción de salud de los vecinos del barrio.

La comparación de medias realizada en el ANOVA pone de manifiesto que las diferencias en la percepción de salud se encuentran entre los vecinos que no tienen estudios o alcanzaron estudios de primaria y entre los que finalizaron estudios de secundaria o superior. Este dato apunta a que el nivel de cualificación que alcanza una persona es definitorio para la percepción de su salud, a partir de un determinado grado de instrucción, en este caso, la formación secundaria. Este hecho es particularmente relevante y preocupante al mismo tiempo si se tienen en cuenta los datos presentados por el Ministerio de Educación referidos al curso académico 2009, que indican que el 31,2% de los jóvenes españoles de entre 18 y 24 años no han conseguido completar el nivel educativo de Educación Secundaria Post Obligatoria. En la comunidad de Aragón este porcentaje se reduce hasta el 25,1% (Ministerio de Educación, 2010).

En cuanto a las regresiones, la segunda estimación efectuada considerando las variables socioeconómicas y su influencia sobre la salud de la totalidad de la muestra, indica que las personas con un nivel de estudios universitario manifiestan sentir mejor su salud que las personas sin estudios (3 veces mejor) o los que han alcanzado un nivel de estudios de primaria, secundaria o formación profesional (1,6 veces mejor). Se observa la existencia de un efecto gradiente, de manera que el tener más estudios ejerce un efecto multiplicador sobre esta valoración.

Como ya se señaló al analizar la variable sexo, el impacto de la educación sobre la percepción de salud es particularmente relevante en el caso de las mujeres. Un nivel de educación universitario establece diferencias con relación a los demás niveles educativos (3,8 veces mejor percepción de salud frente al nivel educativo primario y 3,1 veces con relación al nivel educativo secundario según los datos de la tercera estimación regresiva).

La asociación positiva entre educación y salud ha sido ampliamente recogida por parte de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (Solar e Irwin, 2007). Las hipótesis explicativas de estas asociaciones pueden aplicarse desde diferentes ópticas, todas ellas relacionadas con las teorías explicativas de los gradientes sociales y las inequidades en salud (Elstad, 2000; Kawachi, Subramanian y Almeida-Filho, 2002; Krieger, 2001).

Desde una perspectiva psicosocial, la educación aporta recursos culturales a la persona, incrementando su conocimiento en salud. La falta de estos recursos incrementa la incertidumbre y la inseguridad ante cualquier circunstancia vital, y de manera muy especial ante los problemas de salud, generando un estrés que supondría una carga alostática que daña y desgasta el organismo.

Las teorías estructurales/materialistas, vinculan la educación al acceso a mejores condiciones materiales, como son obtener un trabajo mejor remunerado y con menos riesgos de exposición para la salud o el acceso a una mejor vivienda, ubicada en un entorno y vecindario más saludables. El incremento del poder adquisitivo se traduce en la posibilidad de conseguir recursos relativos a la salud y el mantenimiento de la propia calidad de vida y permite adquirir los servicios de salud precisos en caso necesario (Abellán, 2003).

Finalmente, desde una explicación relacionada con los estilos de vida, los menores niveles de instrucción se asocian a estilos de vida menos saludables, como son el hábito tabáquico, el consumo de alcohol o la inactividad física.

5.1.1.6. Nivel de ingresos.

Nuevamente se evidencia bastante coherencia entre los estadísticos empleados con otras variables de estratificación socioeconómica. Al igual que sucede con la educación, es posible observar un efecto gradiente en la relación entre la percepción de salud y los ingresos económicos.

Los resultados del ANOVA indican que cuanto mayores son los ingresos en la unidad familiar, el estado de salud es mejor valorado. Tendencia confirmada por el coeficiente de correlación de Pearson con un valor de 0,20.

En la segunda estimación efectuada en la regresión, los vecinos con un nivel de ingresos superior (por encima de los 18.000 €) perciben hasta 2,44 veces mejor su salud que aquellos que tienen el nivel de ingresos más bajo de la zona (menos de 6.000 €).

Es difícil establecer los mecanismos exactos por los que la desigualdad económica afecta a la salud (Wilkinson y Pickett, 2006), pues como ya se señaló al hablar del nivel de instrucción, estos difieren en función del marco teórico observado a la hora de explicar los gradientes sociales en salud. Sin embargo, ninguna de las teorías propuestas (estructural, psicosocial y relacionada con los estilos de vida) ha sido capaz de explicar completamente las diferencias en salud, posiblemente porque no son mutuamente excluyentes y porque es difícil aislar los efectos de unas sobre las otras a nivel poblacional.

Independientemente de la causa de las relaciones en el binomio desigualdad de ingresos y salud, es importante tratar de esclarecer los roles que juegan los estilos de vida, los factores materiales y los factores psicosociales en las disparidades en salud, ya que esto permitirá entender la dirección que han de seguir las intervenciones para su corrección (Molarius y cols, 2006).

El efecto de la desigualdad de ingresos sobre la salud puede estar reflejando una inversión de servicios públicos insuficiente a lo largo de un amplio rango de recursos humanos e infraestructuras físicas, de salud y sociales (Lynch, Smith, Kaplan, y House, 2000). Su análisis empírico puede tener implicaciones potencialmente importantes en el desarrollo de políticas de prestación sanitaria así como de redistribución de ingresos. Pese a su diversidad metodológica, las diferentes hipótesis de trabajo coinciden en situar en la prevención el punto de partida para el abordaje de las desigualdades en salud y la corrección de la estratificación social.

5.1.1.7. Zona de residencia.

En la presente investigación, el análisis de la zona de residencia es de particular relevancia, pues se parte de la premisa fundamental de que las características estructurales de la comunidad de Casablanca (edad, sexo, nivel de ingresos, nivel socioeconómico, etc.) influyen sobre la percepción de salud de la misma, pudiendo observarse esta influencia en tres áreas geográficas determinadas en la zona básica de atención primaria (Viñedo Viejo, Las Nieves, Fuentes Claras). Las diferencias han sido confirmadas por los resultados descriptivos.

El centro histórico (Viñedo Viejo), asentamiento original del barrio, queda definido como la zona más deprimida desde un punto de vista socioeconómico.

Presenta el mayor porcentaje de población envejecida, con predominio del colectivo femenino (tabla 39), viudos/as y casados o con pareja estable entre sus vecinos (tabla 41), un elevado número de parados, pensionistas y amas de casa (tabla 43), el mayor

número de personas sin estudios del barrio (tabla 45), los porcentajes más altos de familias con ingresos anuales inferiores a los 6.000€ (tabla 47) y de personas que viven solas (tabla 49).

El porcentaje de personas no nacidas en Zaragoza capital es superior (tabla 51) al de las otras áreas y más de la mitad de sus vecinos llevan más de 20 años residiendo en el barrio (tabla 53). Estas cifras guardan estrecha relación con los aspectos históricos de constitución del barrio y la afluencia masiva de inmigrantes aragoneses procedentes de éxodo rural. El barrio de Casablanca se constituye como el primer asentamiento de los trabajadores que acuden a Zaragoza capital tras la constitución de ésta como un polo de desarrollo económico en los años sesenta. En Casablanca participan en la construcción de grandes obras públicas cercanas, como son el Hospital Miguel Servet y el campo de fútbol de la Romareda.

Fuentes Claras representa el vecindario con el nivel socioeconómico más alto del distrito. Al tratarse de la zona de más reciente asentamiento, carece de población mayor de 65 años entre sus residentes, presentando un equilibrio en el peso demográfico de vecinos adultos y jóvenes. Muestra el mayor porcentaje de solteros de las tres zonas, siendo la presencia de viudos anecdótica. Entre sus vecinos no hay parados ni jubilados, encontrándonos con el mayor porcentaje de población estudiantil. Su población presenta el mayor número de vecinos con estudios superiores, así como un mayor porcentaje de familias con ingresos anuales superiores a los 30.000 €.

Acorde a su caracterización como zona residencial dormitorio, más de la mitad de sus vecinos han nacido en Zaragoza capital y llevan menos de 9 años residiendo en el barrio.

Finalmente, Las Nieves se configura como un núcleo sociodemográfico intermedio en cuanto a composición social. Su población es predominantemente masculina y trabajadora, con un equilibrio entre solteros y casados. La mitad de sus vecinos alcanzan estudios de secundaria y cerca de la mitad de la población presenta una renta media, con ingresos anuales entre los 12.000 y los 24.000 €.

A través del análisis de varianza (tabla 81) se observa que los vecinos del centro histórico (Viñedo Viejo) valoran peor su salud que el resto de los vecinos del distrito. Este resultado se confirma a la luz de los resultados de la primera estimación regresiva, que indica cómo el vivir en Las Nieves aumenta en 2,4 veces y en Fuentes Claras en 3,4 la puntuación de la percepción de salud medida por el cuestionario, en relación a residir en Viñedo Viejo (tabla 116).

Al efectuar el análisis discriminante considerando los subgrupos zona de residencia (tablas 113, 114 y 115, anexo IV.1), se aprecia una cierta coincidencia entre las variables que son importantes para predecir la salud entre los vecinos de las diferentes áreas. Las variables relacionadas con la salud desde un enfoque epidemiológico, como son “presencia de morbilidades agudas o crónicas” o el “número de dolencias diagnosticadas”, predicen la peor salud de los vecinos en las tres zonas.

Sin embargo, en el caso de la mejor salud, variables relacionadas con la clase social son relevantes para los vecinos de Viñedo Viejo (más educación) y de Las Nieves (más

ingresos). En el caso de los vecinos de Fuentes Claras, destacan de manera especial las variables relacionadas con los estilos de vida, siendo el mayor consumo de alcohol (cerveza y licores), tabaco y el mayor riesgo en relación con otros comportamientos negligentes (consumo de café e higiene bucodental), los predictores de una mejor salud. Esta llamativa asociación se encuentra relacionada con la edad y la adopción de comportamientos de riesgo. En Fuentes Claras no hay personas mayores de 65 años que puedan seguir asumiendo los comportamientos negligentes, por lo que se condiciona la relación mayor riesgo – mejor percepción. El sedentarismo, se constituye en Fuentes Claras como un predictor de una valoración negativa del estado de salud.

Cabe destacar que en todos estos discriminantes la capacidad de predicción es superior en el caso de la mejor salud poblacional, al igual que ya sucedía en los discriminantes efectuados en función del sexo.

Estos resultados son coherentes con el perfil de la población vulnerable de Casablanca, con un marcado predominio femenino, que viven en la parte más antigua del barrio desde hace décadas (Viñedo Viejo), y comparte un núcleo familiar pequeño. En cuanto a su estado de salud, son personas que tienen una peor percepción de su salud y que han sido diagnosticadas en su mayor parte de alguna patología (Souto, Aguilar – Palacio, Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2010).

5.1.1.8. Años de residencia.

Analizados globalmente, todos los estadísticos coinciden en que cuanto más tiempo de residencia tenga la persona en el barrio, peor puntúa su salud. Esta relación se justifica por la relación existente entre los años de residencia y la edad de los vecinos, de manera que los vecinos de más edad son los que llevan viviendo más años en el barrio, tal y como quedó de manifiesto en el análisis efectuado por zonas de residencia.

El coeficiente de correlación es bajo (-0,14) pero significativo. Como ya se ha citado al discutir los resultados obtenidos para la variable edad, en los análisis discriminantes las únicas excepciones a estos comportamientos la constituyen los discriminantes efectuados por grupos de edad para el colectivo de jóvenes y de ancianos.

5.1.2. APOYO COMUNITARIO

A pesar de que la literatura científica disponible sobre desarrollo comunitario es unánime en la estrecha relación entre salud y capital social (Denny, 2003; Mansyur, Amick, Harist y Franzini, 2008; Rose, 2000; Valdamanis, Kumanarayake y Lertiendumrong, 2004; Veenstra, 2001), los resultados del presente estudio requieren una interpretación cuidadosa.

En el caso de las variables relacionadas con la integración y participación comunitaria, casi todos los estadísticos utilizados parecen indicar que cuanto mayor es el sentido de integración de los vecinos en su comunidad, y más participan en la vida de la misma, peor valoran su salud. Esto es así para el análisis de varianza y para los coeficientes de correlación de Pearson, si bien hay que señalar que estos últimos, a

Figura 16: Síntesis de los resultados más importantes en cuanto a variables demográficas

Las desigualdades sociales en referencia a la estratificación económica y las características demográficas de la población constatadas en las diferentes subzonas del barrio (Viñedo Viejo, Las Nieves, Fuentes Claras), influyen en la valoración global que sus habitantes realizan de su salud, siendo esta peor en las zonas más desfavorecidas. En este sentido, se confirma la presencia de un gradiente de percepción de salud definido por determinantes sociales.

La zona de residencia se confirma como un importante determinante de la salud, que actúa como integrador de otros indicadores de estratificación socioeconómica, como son los ingresos, el grado de instrucción y la situación laboral.

El sexo constituye un potente estratificador social. Las diferencias socioeconómicas de los vecinos y vecinas del barrio se reflejan en los indicadores de salud. La situación de las mujeres respecto a los determinantes sociales de la salud es peor. Este hecho influye en que presenten peores índices en su percepción de salud que los vecinos varones, independientemente de la zona del barrio en la que residan.

Determinantes sociales relacionados con la clase social ejercen un papel diferencial sobre la salud en función del sexo. En el caso de las mujeres, la educación se posiciona como un elemento facilitador de su salud. Para los hombres, el papel facilitador lo constituye el estar empleado y disponer de mayores recursos económicos.

pesar de ser significativos, son muy débiles en su correlación (-0,12 y -0,1 respectivamente). La observación de la tabla resumen de resultados (anexo IV.2) permite confirmar la tendencia en todos los discriminantes efectuados.

En el caso de las variables que analizan la confianza de los vecinos en las fuentes de apoyo formal e informal del barrio, el análisis de varianza no arroja diferencias significativas entre grupos en la valoración de la salud de los vecinos, lo que apunta a que estas variables no influyen sobre su percepción de salud. El resto de estadísticos empleados tampoco son concluyentes a este respecto. Así, el único coeficiente de correlación que resulta significativo (-0,07 para sistemas formales) y que apunta a un mayor nivel de confianza en los vecinos con peor valoración de la salud, es muy bajo, indicando la debilidad de la correlación. Los discriminantes muestran una tendencia general a la diversificación de las evaluaciones en función de los grupos poblacionales considerados.

A la hora de efectuar la interpretación de estos resultados, que muestran cómo las personas que perciben peor salud son a la vez las que están más integradas y participan más, ha de considerarse el sentido de la influencia de la variable edad. Estudios anteriores en la comunidad (Gil – Lacruz, 2000) han mostrado cómo integración y participación son variables que se correlacionan de manera positiva con la edad y los años de residencia en el barrio, siendo lógico pensar que una persona se identificará más con su comunidad conforme resida más años en ella. Además, en la población analizada

la percepción de salud está muy asociada con variables relacionadas con la salud, como son el padecimiento de dolencias, su diagnóstico y el grado de incapacitación que originan (véase punto 5.1.4.), factores todos ellos que se incrementan con la edad.

La edad funcionaría en esta relación como una variable contaminante o intermedia, afectando al sentido de la influencia entre capital social y salud. En futuras investigaciones sería necesario aislar el efecto de la interacción o establecer comparaciones intragrupos de la misma edad.

Estudios precedentes (Gil – Lacruz y cols, 2000) han puesto de manifiesto la presencia en Casablanca de una red asociativa vecinal amplia, dinámica y variada en el centro histórico del barrio, con un papel social activo en la articulación de los procesos de integración y participación comunitaria (véase página 125 de diseño de investigación), y que podría a su vez estar condicionando la relación entre la percepción de salud de los residentes del barrio y el apoyo comunitario.

Siguiendo a Mansyur y cols (2008), en las sociedades con alta densidad de redes sociales, las personas más activas socialmente (que más participan y más integradas) puntúan su salud de media con valores más bajos que aquellos que son menos activos, a diferencia de lo que sucede en sociedades con baja densidad de redes sociales. En la raíz de este comportamiento podría encontrarse que las personas más implicadas socialmente también se enfrenten a una mayor obligación social, que podría limitar su autonomía y eso conducir a una peor valoración de su salud (frente a las personas poco implicadas pero que en el fondo se favorecen más de su pertenencia a una determinada organización). En nuestra sociedad, el perfil del vecino activo se suele asociar también al de persona mayor.

Los resultados encontrados en la muestra de Casablanca se ajustan a la hipótesis aportada por estos autores. La zona de reciente colonización (Fuentes Claras) es la que menos se integra en la dinámica comunitaria (Gil-Lacruz, 2000), siendo estos vecinos más jóvenes y presentando una mejor valoración de su salud frente a los de Viñedo Viejo, el centro histórico.

Figura 17: Síntesis de los resultados más importantes en cuanto a la variable apoyo comunitario

El apoyo comunitario resulta un recurso importante en la percepción de salud de las personas mayores del barrio que han compartido un proceso histórico de residencia e identificación con la comunidad. No obstante, dado su edad y la existencia de comorbilidades no es de extrañar la peor valoración que realizan de su salud, condicionando el sentido de la relación entre apoyo comunitario y el estado de salud poblacional.

La importancia relativa del impacto que los factores del capital social presentan sobre la salud (identidad vecinal, confianza en los otros, participación social, seguridad ciudadana, etc.) pueden ser particularmente sensibles a variables contextuales no

medidas de manera directa en el presente estudio (como por ejemplo, la confianza social, y la frecuencia, reciprocidad, profundidad, etc., de las redes sociales).

5.1.3. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD

5.1.3.1. Consumo de tabaco y alcohol.

En los ANOVA realizados no se observaron diferencias significativas para el índice general de percepción de salud en relación a la variable consumo de sustancias, aunque como ya se señaló, éstas si aparecieron para las dimensiones salud anterior y expectativas de salud (tabla 88). Los vecinos de mayor riesgo, y por tanto mayor consumo de alcohol y tabaco, valoran que en el pasado su salud fue mejor; sin embargo sus expectativas futuras en relación a la misma son peores frente a los de menor riesgo. Este hecho parece sugerir que los vecinos son conscientes de los efectos perniciosos que puede tener para su salud futura el beber o fumar. De hecho, cuando a los encuestados se les pregunta abiertamente por lo que consideran posibles fuentes de mejora de su salud personal, claramente identifican la evitación del consumo de sustancias tóxicas como el tabaco, el alcohol y el café como la segunda de las medidas priorizables de mejora, únicamente superada por la práctica de deporte (tabla 68).

Las correlaciones que resultaron significativas (tabla 104), y los análisis discriminantes efectuados (anexo IV.2) parecen confirmar una tendencia general a que cuanto mayor sea el consumo de alcohol o tabaco por parte de los residentes del barrio, mejor valoran su salud, aspecto que se opone a lo observado en los análisis previos efectuados sobre la población española (Fundación Gaspar Casal, 2007). Sin embargo, en el caso del consumo de alcohol, la relación encontrada para los habitantes del barrio de Casablanca es similar a la observada por otros autores sobre poblaciones de la tercera edad (Gallego – Carrillo y cols, 2006) y de adultos (Strandber, Strandber, Salomaa, Pitkala, y Miettinen, 2004). En este último estudio se demostró que un consumo moderado de alcohol ofrecía algunos beneficios (aún no especificados) en comparación con la abstinencia a largo plazo.

Esta aparente contradicción necesita ser explicada a la luz de nuevas investigaciones, pudiendo inferirse algunas hipótesis: por ejemplo, podría ser que el consumo de alcohol sea mayor en personas que se encuentren bien de salud. Consumen las personas sanas, no quiere decir que estén sanas porque consumen. Por otra parte, puede ser que la cantidad que toman no sea suficiente para provocar deterioro alguno a su salud, pero si actuar como factor que los proteja de problemas de salud como infartos o enfermedades cardiovasculares (Di Castelnuovo, Rotondo, Lacoviello, Donati y De Gaetano, 2002). En tercer lugar, el consumo de alcohol se da con frecuencia en nuestra cultura en un ambiente social y de amistad que ayuda a los consumidores a percibir su estado de salud mejor, porque su consumo se asocia a lo lúdico, festivo y en suma, al bienestar. Por último, en esta tendencia entraría también la importancia que juega la edad en la asunción de prácticas de riesgo. Son los jóvenes en nuestra sociedad los que presentan más comportamientos asociados al peligro. Las personas que tienen mala salud por causa del alcohol, o bien ya lo han dejado al realizar la encuesta o bien han fallecido.

En el caso del consumo de cigarrillos, los discriminantes edad - jóvenes (coeficiente de estructura 0,37) y edad - tercera edad (coeficiente de estructura -0,47) son los únicos en los que el mayor consumo predice una peor salud.

Hay que considerar que los jóvenes tienen una imagen positiva de su salud asociada a su grupo de edad. Por ello, si en su opinión no tienen un estilo de vida saludable, como sucede cuando fuman, la comparación con su grupo de iguales hace que se sientan peor (Kaplan, Baron-Epel, 2003) de ahí la relación entre más consumo y peor salud. Además, el consumo de tabaco, a diferencia del alcohol, ha sido objeto en nuestro país recientemente de campañas de sensibilización. También puede ser que el tabaco objetivamente afecte a su salud, produciendo por ejemplo fatiga, problemas bronquiales de diferente índole, etc.

5.1.3.2. Actividad física y sedentarismo.

Investigaciones previas han documentado la relación positiva entre la percepción de salud y la actividad física, tanto en la Unión Europea (Abu-Omar, Rütten y Robine, 2004) como en diferentes realidades nacionales (Fundación Gaspar Casal, 2007; Norman, Bellocco, Vaida y Wolk, 2002).

El presente estudio confirma a la actividad física, o a su ausencia, como un determinante de la salud poblacional en la comunidad de Casablanca, observándose una gran congruencia entre los datos arrojados por los diferentes procedimientos estadísticos. Tanto el análisis factorial, como el coeficiente de correlación de Pearson (-0,16) y los diferentes discriminantes efectuados, apoyan el que cuanto menor sea la práctica deportiva, y por tanto mayor sea el riesgo de sedentarismo, peor valoran los vecinos su salud. Además, la población identifica la práctica de deporte como el principal factor de mejora para su salud (tabla 68), lo cual es un signo de hasta qué punto está generalizada y fuertemente implantada entre la población la idea de que la práctica deportiva es un hábito saludable.

Los únicos grupos poblacionales en los que la práctica deportiva no predice una mejor salud son los de ancianos y adultos, aunque con coeficientes de estructura muy bajos (0,05 y -0,03 respectivamente). Esta diferenciación con relación al colectivo de jóvenes, puede estar relacionada con los motivos asociados a la práctica deportiva, ya que si bien en los primeros el deporte se realiza como una actividad de ocio y tiempo libre, vinculada en muchas ocasiones a su práctica colectiva, en el caso de los adultos, y muy especialmente en los ancianos, la práctica de este tipo de actividad puede estar motivada por un problema de salud.

Es posible ejemplificar esto con la natación, que es prescrita de manera sistemática por los profesionales de la atención primaria para tratar de dar respuesta a los problemas osteoarticulares de diferente índole (posturales, reumáticos, degenerativos,...), tan prevalentes en la consulta, como lo confirma el hecho de ser los referidos con más frecuencia por los vecinos de Casablanca (tablas 57 y 58), y ser confirmados también como primer diagnóstico realizado por un servicio médico (tabla 61).

Futuros análisis de la relación entre percepción de salud y actividad física deberían contemplar la diferenciación entre actividad física y ejercicio físico, aspecto que se ha simplificado al entender la actividad física de manera genérica como práctica deportiva durante las horas de tiempo libre.

En ese sentido, el ejercicio se define como “un tipo específico de actividad física, que es planificado, estructurado y ejecutado de manera repetida para mejorar o mantener la forma física”, mientras que por actividad física se entiende “cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que resulta en incremento del gasto energético” (Caspersen, Powell, Christenson, 1985), y que puede incluir tareas como caminar para ir al trabajo, realizar actividad física durante el desempeño de una ocupación profesional o de los quehaceres domésticos. Todas estas actividades, y no únicamente el ejercicio físico en su acepción más clásica, pueden constituir fuentes de mejora de la salud individual y poblacional. En consecuencia, han de valorarse para obtener la cantidad total de actividad física desarrollada y detectar así los individuos más inactivos o sedentarios de cara a una posible intervención.

Otro aspecto de gran relevancia a considerar, es el contexto en el que la actividad física es desarrollada (la casa, el trabajo, para transporte, por ocio y tiempo libre), pues podría estar condicionando sus efectos sobre la salud (Abu-Omar y cols, 2004). Estudios previos han puesto de manifiesto cómo las mujeres ancianas obtienen un mayor beneficio de caminar frente a la realización de tareas vinculadas al ámbito doméstico (Lawlor, Taylor y Bedford, 2002) y han encontrado que la relación inversa entre actividad física y mortalidad es más pronunciada en el caso de que esta esté vinculada a un contexto de ocio y tiempo libre frente a otros contextos, como son el trabajo (Andersen, Schnohr y Schroll, 2000).

5.1.3.3. Comportamientos negligentes.

En el análisis ANOVA, se observa cómo las personas en mayor riesgo en relación con otros comportamientos negligentes (la escasa evitación consciente del consumo de café, la falta de atención a mantenerse en un peso ideal, el descuido de la higiene bucodental) manifiestan tener mejor salud.

Esta aparente paradoja, que implica que cuanto más atención se preste a estos comportamientos negligentes tratando de evitarlos peor salud percibida refiere la población de Casablanca, está mediatizado por la variable edad, ya que a medida que las personas se hacen mayores, tienden a ser mas cuidadosas con sus hábitos, pero también a manifestar peores índices de valoración de salud, como ya se ha expuesto en el apartado correspondiente al estudio de la variable edad.

De todos los comportamientos, el que presenta una mayor fortaleza estadística es el de la evitación consciente del consumo de café en relación con una peor percepción de salud, único que presenta un coeficiente correlación de Pearson significativo (0,11) y que se confirma en los diferentes discriminantes (Anexo IV.2).

El comportamiento relacionado con el uso del cinturón de seguridad es el único en el que una mayor utilización, y por tanto menor riesgo, se relaciona con una mejor

salud. Es posible que en este caso, se de cierta deseabilidad social a la hora de responder a esta cuestión, ya que es uno de los comportamientos de seguridad vial más fuertemente implementados entre la población y su negligencia es susceptible de multa.

Pese a esta deseabilidad social, los jóvenes constituyen la única excepción a esta relación. La negligencia en el uso del cinturón de seguridad se relaciona directamente con un riesgo importante para la salud y especialmente como causa de siniestralidad. De hecho, en la comunidad de Aragón, 38,4% de los fallecimientos de aragoneses de entre 15 y 24 años se debe a los siniestros de tráfico, constituyéndose como la primera causa de mortandad en este colectivo (Gobierno de Aragón, 2010).

Figura 18: Síntesis de los resultados más importantes en cuanto a la variable comportamientos de riesgo para la salud

Las conductas de riesgo se relacionan con la experiencia subjetiva de salud, de tal manera que aquellas personas del barrio de Casablanca que dicen experimentar una peor salud, presentan más comportamientos negligentes como por ejemplo el sedentarismo.

Las relaciones entre una mejor salud percibida y hábitos nocivos como el consumo de alcohol y tabaco o el consumo de café y la falta de atención al control del peso o a la higiene bucodental, deben de ser exploradas con mayor profundidad, considerando de manera particular la influencia de la variable edad en dicha relación.

5.1.4. SALUD PERCIBIDA Y DIAGNOSTICADA

En la actualidad, enfermedades caracterizadas por un espectro difuso y subjetivo de síntomas, carentes de un contexto orgánico claramente identificado (enfermedad psicosomática) suponen un elevado coste para el sistema sanitario, tanto por el incremento del gasto farmacéutico, como por las bajas laborales ligadas a este tipo de trastornos. Es el caso de los trastornos músculo esqueléticos (reumatismo, dolor de espalda), las dolencias de estómago y del tracto digestivo, el síndrome de la fatiga crónica y la ansiedad o depresión, entre otros. Todos ellos tienen en común la discrepancia entre la percepción individual de la enfermedad por parte de la persona y el diagnóstico específico en un sentido estrictamente médico.

Esta realidad se confirma en el presente estudio, en donde tres de las seis dolencias agudas más frecuentemente referidas por los vecinos de Casablanca (el dolor de cabeza, los problemas de nervios o depresión y/o las dificultades para dormir), podrían clasificarse como psicosomáticas, con una estrecha relación con los estilos de vida y aspectos de tipo socioeconómico. Poniendo un ejemplo de actualidad, el consumo de fármacos antidepresivos aumentó en España hasta un 10% entre el año 2007 y principios del 2010, coincidiendo con los inicios de la crisis económica que atraviesa el país (Angar, 2010).

En el caso de la morbilidad crónica, la diferencia entre las dolencias psicosomáticas y las puramente fisiológicas se diluye, puesto que en los dolores de espalda y las

alergias se encuentran factores influyentes de tipo social, como los estilos de vida sedentarios y la contaminación atmosférica.

Al contrastar los resultados de morbilidad percibida con los diagnósticos médicos efectuados por el servicio de salud en base a la clasificación WONCA, se constata la congruencia entre la perspectiva del paciente y el diagnóstico médico en la prevalencia de los diferentes trastornos manifestados. Sin embargo, llama la atención que frente a un 8,3% de los encuestados que relatan sufrir problemas de nervios, depresión y trastornos mentales, sólo el 1,7% presentaron como primer diagnóstico médico dicha catalogación. Son diversas las explicaciones alternativas que se podrían encontrar para justificar este hecho, como por ejemplo el miedo al etiquetamiento del enfermo mental por parte del encuestado, la falta de profesionales adecuados, una sintomatología que no se concibe como exclusivamente fisiológica y por tanto, susceptible de tratamiento médico o el no reconocimiento de la necesidad de curación.

Se confirma también el peso de las variables epidemiológicas, sea la salud diagnosticada o percibida (morbilidad aguda, crónica, incapacidad) frente al resto de variables analizadas a la hora de predecir la percepción de salud de la población de Casablanca.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Singh-Manoux, Martikainen, Ferrie, Zins, Marmot y Goldberg (2006) quienes en un intento por clarificar los determinantes de la percepción de salud demuestran que son principalmente las medidas relacionadas con la salud mental y física (número de problemas de salud, movilidad física, bienestar emocional, síntomas, enfermedades de larga duración, etc.) los determinantes más importantes de la percepción de salud.

Este hallazgo tiene su lógica, si se considera que en el proceso cognitivo de evaluación individual de la salud, lo primero que realiza la persona es reconocer el significado de “salud” e identificar los criterios relevantes que deberían guiar su juicio. La elección de esos componentes viene definida por la comprensión cultural general del fenómeno y la utilización de categorías que pertenecen al campo de la salud. En las sociedades industrializadas, la población y los profesionales sanitarios normalmente comparten un conocimiento común de lo que constituye la “salud” y qué información es esencial para describirla (Jylhä, 2009). Así, en el contexto de una sociedad medicalizada, la información relevante que el encuestado identifica como descriptora de su “salud” guarda relación con la información de que dispone sobre el diagnóstico médico, observaciones de su estado funcional, las sensaciones corporales y los síntomas (dolor, cansancio, dificultad respiratoria, falta de energía), signos formales de enfermedad (prescripción de fármacos, días de baja laboral, pensión por discapacidad), etc. De ahí la fuerte asociación entre las variables de tipo epidemiológico y la salud percibida y el importante rol que juega el personal sanitario en la educación para la salud.

Desde esta perspectiva, podría considerarse normal que el papel de otras variables, como son la edad, la historia familiar, las variables sociodemográficas, los factores psicosociales o las redes sociales, sea diferente. Su asociación estadística con la percepción de salud es más que probable, pero ésta no se produce porque describan directamente el estado de salud o sean identificados como componentes directos de la

salud, sino porque influyen sobre la probabilidad de diferentes condiciones objetivas de salud que se sitúan en la base de la autovaloración. Constituyen el contexto que modula todo el proceso de evaluación de la salud, contribuyendo así a la salud autopercebida poblacional.

5.1.4.1. Morbilidad percibida aguda, crónica y total.

Todos los procedimientos estadísticos empleados indican que cuantos más indicadores negativos presente la morbilidad percibida del encuestado, peor valorará su salud. La morbilidad crónica es la variable que presenta el coeficiente de correlación con la percepción de salud más elevado (-0,46). En el caso de la morbilidad aguda, el valor es de -0,38 ocupando el cuarto lugar por orden de importancia en las correlaciones, situándose por detrás de la suma de dolencias diagnosticadas y la edad.

En los análisis discriminantes por grupos poblacionales, las morbilidades aparecen siempre entre las siete primeras variables priorizadas por el método paso a paso para el cálculo de la función discriminante (Anexo IV.1).

5.1.4.2. Dolencias diagnosticadas.

De manera coherente a los resultados obtenidos para la morbilidad percibida, en el caso de las dolencias diagnosticadas es posible observar las mismas relaciones con la percepción de salud, tanto en las correlaciones (con un coeficiente de Pearson de -0,42) como en los discriminantes.

El discriminante ingresos bajos es el único que constituye la excepción a la tendencia general de mayor morbilidad o número de dolencias, peor salud. No obstante, hay que señalar que sus coeficientes de estructura son de bajos (0,18 para la morbilidad aguda) a muy bajos (0,001 para la crónica y 0,07 para las dolencias diagnosticadas).

5.1.4.3. Incapacitación.

Todos los análisis ANOVA y coeficientes de correlación efectuados indican que a mayor grado de incapacitación, peor es la salud referida por los vecinos del barrio. La variable suma de incapacidad en el discriminante total presenta el mismo comportamiento. Los trastornos funcionales que impiden la realización de actividades de la vida diaria perjudican la autoestima y la sensación de bienestar.

En el caso del análisis de varianza, la diferencia de las medias obtenidas en la percepción general de salud entre aquellos vecinos que sí han visto sus actividades limitadas frente aquellos que no las han visto, es significativa para todas las dimensiones que la integran.

Cabe destacar como excepción la dimensión expectativas de futuro, que sólo resulta significativa en el caso de la incapacidad para el desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre (tabla 94). Esto parece indicar que la valoración futura del estado de salud

sólo depende del grado de incapacitación si ésta produce limitaciones para el desarrollo de este tipo de actividades. ¿Será posible que los vecinos confieran más importancia a este tipo de actividades frente a las limitaciones que puedan darse para el desarrollo de su actividad principal o el desempeño de su autonomía personal de cara a la valoración de sus expectativas futuras en salud? o ¿podría ser que este tipo de incapacidad la padecen personas de muy avanzada edad, lo que también compromete su vida social? Esta última opción aparece respaldada en el análisis efectuado por Abellán (2003), con datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud del año 2001, según los cuales, entre los ancianos que habían tenido que reducir sus actividades de ocio por motivo de algún dolor o síntoma, no llegaba a uno de cada 10 que percibiera su salud de manera positiva.

En cuanto a los coeficientes de correlación de Pearson señalar que, con unos valores de 0,30 respectivamente para tiempo libre y actividad principal, 0,18 para la autonomía personal y 0,21 para estar en cama, todos presentan unos niveles de significación relevantes.

5.1.5. SERVICIOS DE SALUD

5.1.5.1. Consulta con el sistema sanitario

Si se contrasta el porcentaje de personas que en los últimos quince días ha realizado alguna consulta médica en Casablanca (el 30%) con el de la morbilidad percibida aguda, que hace referencia al mismo periodo temporal de dos semanas, y que mostraba que el 65,6% de los encuestados habían percibido alguna dolencia aguda, se podría inferir que comparativamente al número de dolencias y enfermedades percibidas, las consultas no han sido muy numerosas.

En este sentido, cabe plantearse múltiples hipótesis explicativas. Es posible que la gente condicione su respuesta a la cuestión de si acuden al médico en función de lo deseable que se perciba esta conducta y que la situación de la entrevista les suponga un examen. Con frecuencia, a la gente mayor se le “acusa” de acudir mucho al médico de manera innecesaria, al igual que sucede con las mujeres. Sin embargo, otros factores podrían estar interviniendo, como puede ser la gravedad percibida de los síntomas, la recurrencia del trastorno, lo incapacitante que resulte o la propia pereza a acudir a consulta.

Los datos que se desprenden del análisis de varianza indican que cuanto mayor es el número de consultas efectuadas por una persona peor es su salud percibida. Se confirma así a esta variable como un importante predictor de uso de los recursos sanitarios, tal y como ha sido constatado previamente en la literatura científica (Fylkesnes, 1993; Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen y Urponen, 1997).

No obstante, en los discriminantes realizados (anexo IV.2), se dan situaciones diversas aunque con coeficientes de estructura en general bastante bajos. Cabe destacar entre ellos, el subgrupo poblacional de la tercera edad, en los que con un coeficiente de estructura de 0,39, el acudir a un mayor número de consultas predice una mejor valoración de su salud.

5.1.5.2. Satisfacción con el sistema sanitario

Sobre la satisfacción de los usuarios en relación a dicha consulta médica, el análisis de varianza pone de manifiesto que los satisfechos o muy satisfechos perciben peor su salud frente a los insatisfechos. Sin embargo, las pruebas posteriores de contraste no mostraron diferencias significativas entre los grupos.

5.1.6. SISTEMA ATRIBUCIONAL DE SALUD

El análisis de los resultados descriptivos obtenidos en la sistematización de las respuestas de los encuestados a las preguntas abiertas sobre su opinión acerca de cuál sería la principal fuente de mejora de su salud (tabla 68), refleja un giro en la mentalidad de la población en relación a su definición de salud y su concepto de bienestar, trascendiendo así al constructo conservador de salud como mera ausencia de la enfermedad. El valor de este cambio en la definición de la salud es constatable en un 58,3% de las respuestas de los encuestados. La población está cada vez más interesada y preocupada por la salud entendida en términos positivos, como bienestar y calidad de vida.

En esta respuesta se refleja también la influencia de los *mass media* (como por ejemplo, la importancia de la forma física y la imagen corporal) (De Miguel, 1995). No obstante, estos resultados han de ser relativizados por un 18,7% de los encuestados que no saben o no contestan y por un 11,3% de personas en las que la curación de sus enfermedades constituía la principal fuente de mejora de su salud.

El análisis de varianza realizado muestra cómo los encuestados con una concepción de la salud vinculada a la enfermedad refieren peor salud que los que la tienen positiva vinculada al bienestar (tabla 103).

En relación a la interpretación del tercer criterio de análisis, el sistema atribucional, un significativo porcentaje de encuestados (el 22,4%) asumieron la participación de fuentes de mejora externas a ellos mismos en la mejora de su salud, como es el caso de la “atención médica”. Esta tendencia constituye un buen ejemplo de la dependencia poblacional y la fe en el sistema sanitario.

Sin embargo, de más de la mitad de la muestra (56,5%) se puede inferir un locus de control interno, centrando la consecución de su bienestar en su habilidad, capacidad, esfuerzo, etc. El análisis factorial realizado sobre este criterio de sistematización revela que los encuestados con un locus control externo manifiestan peor salud que los que lo presentan interno (tabla 101).

Estos resultados permiten dibujar cierta esperanza de éxito ante el cambio real de los estilos de vida poblacionales. Las personas con atribuciones internas expresan una mayor predisposición a cambiar sus hábitos (Phares, 1957, 1962, 1978). Según esto, sería posible inferir que el presentar un sentimiento asociado de que es posible a través de uno mismo y con la modificación de determinados comportamientos influir sobre el estado de salud (sentimiento de autocontrol), propicia el tener una valoración más positiva sobre la misma.

Esta hipótesis positiva debe ser contrastada por el hecho de que las personas con un locus de control interno tienden a sentirse culpables cuando enferman o se les diagnostica un problema de tipo nervioso, relacionado con el estrés o de carácter psicosomático ya que creen que no se han cuidado lo suficiente (Barriga, 1992).

El sistema atribucional es adaptativo a las circunstancias de la persona que contesta. Por ello es importante que el personal sanitario explore estas creencias en el momento de plantear a una persona una determinada intervención o tratamiento, ya que pueden condicionar claramente su cumplimiento terapéutico y el éxito final.

La elevada frecuencia de respuestas internas inferidas por el equipo investigador puede estar refiriéndose a varias cuestiones complementarias: por un lado, es el sistema característico del equipo investigador que se proyecta en la codificación de las respuestas (su asunción de que las respuestas implicaban acciones, actitudes o capacidades que estaban dentro del ámbito personal y su disposición para el cambio). Por otro lado, el que la gente conteste (“deporte”, “no fumar”, etc.) como fuentes de mejora que están en su mano realizar, no siempre implica cambios realistas, (ej. fumar es una adicción y como tal, puede resultar complicado su cese). En definitiva, decir no significa hacer o estar realmente dispuesto a ello.

5.2. LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD COMO INDICADOR DE SALUD

5.2.1. LA TENSIÓN ENTRE LO OBJETIVO Y LO SUBJETIVO: LA SALUD UN TEMA COMPLEJO

¿Es posible dar una definición única de salud?, ¿Cómo varían las respuestas en función de colectivos, comunidades y contextos culturales? A pesar de la diversidad posible, se pueden encontrar elementos comunes. Bajo la multiplicidad de respuestas dadas, se identifican diferentes modelos subyacentes, como son el biomédico, más orientado a la enfermedad (ej. estar sano es no padecer dolencias crónicas), el emocional (ej. estar sano es sentirse bien) o el relacionado con capacidades funcionales (ej. estar sano es no tener limitaciones en las actividades del día a día) (Kaplan y Baron-Epel, 2003). Dentro de una interpretación cultural compartida, la salud tiene que ver con la supervivencia, con la función y con el bienestar, sin que pueda ser reducida de manera exclusiva a uno de estos componentes.

En medicina, el tema de la salud se tiende a tratar en términos de diagnóstico, de valores de laboratorio, de pruebas funcionales, etc., pero no hay una regla estándar o una ecuación con la que resumir todas estas dimensiones en un único indicador del fenómeno.

La salud es una construcción social, y como tal, las creencias y concepciones en relación a la misma están arraigadas en contextos socio-culturales más amplios. Los juicios que una persona realiza sobre su salud son al mismo tiempo de tipo individual y social, aspecto que resulta de gran interés en el ámbito de las ciencias sociales y que la investigación ha puesto de manifiesto.

Figura 19: Síntesis de principales conclusiones: la salud un tema complejo

En el presente estudio, es posible identificar “patrones sociales” de percepción de salud entre los vecinos de Casablanca, lo que vienen a confirmar que la salud es resultado de una compleja relación entre factores sociológicos, biológicos y psicológicos, tal y como sustentan los modelos teóricos y empíricos aportados por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS.

El abordar el tema de la salud y su conceptualización es siempre complejo, ya que no se puede argüir que exista un ideal teórico de “salud real”. La OMS se aproxima a una definición holística de salud, recogiendo la contribución del bienestar físico, mental y social. Sin embargo, el verdadero reto es que no se dispone de una definición operativa única y consensuada para la salud: se trata de un término genérico, que integra un conjunto de significados, más que una entidad medible.

No es de extrañar que surjan tensiones entre la salud definida acorde a un modelo médico, más preocupado por aliviar el sufrimiento de las personas y evitar su muerte, y la salud definida dentro de un modelo psicosocial, más interesada en garantizar el sentido de bienestar de la población. Este debate ha conducido con frecuencia a igualar la primera con una “salud objetiva”, y a la segunda con una “salud subjetiva”, tal y como establecieron en el año 1958 Suchman, Philips y Streib (p.232), al afirmar que “los auto-informes de salud miden algo diferente a los informes médicos, lo que nosotros hemos denominado salud “percibida” o “subjetiva” como oposición a la salud “real” u “objetiva””.

Sin embargo, en la actualidad el uso de los términos objetivo y subjetivo debe ser realizado con cierta prudencia, si se toma en consideración que parte de las evaluaciones médicas de la salud se basan en percepciones individuales (por ejemplo, la auscultación que depende en gran medida de la percepción auditiva del profesional y del entrenamiento en su uso derivado de su experiencia clínica) y en sus opiniones personales como profesional. Igualmente, se puede considerar poco afortunado el reducir la salud objetiva a la salud física, y la salud subjetiva a la salud emocional o mental.

Tal y como se plantea en el marco teórico, gran parte de esta confusión actual, deriva del fracaso en diferenciar los conceptos teóricos de salud de las medidas de estos conceptos. Así, un mismo concepto, como es el estado funcional, y que representa la definición social de la salud (la ejecución de tareas y roles de la persona en un contexto social), puede medirse a través de diferentes métodos, unos de naturaleza más objetiva (pruebas o exámenes específicos de valoración efectuados por el profesional sanitario) y otros de naturaleza más subjetiva (por observación directa, el informe del paciente o la pregunta a familiares). Por ejemplo, una misma capacidad funcional elemental como es la marcha y el equilibrio puede valorarse a través de pruebas “objetivas”, como es el uso de plataformas estabilométricas y de marcha, o bien utilizando como guía la escala Tinetti (1986), de naturaleza más “subjetiva” al estar basada en la observación de la ejecución por parte de la persona de diferentes pruebas.

La percepción general de salud ilustra claramente este debate. Como indicador de salud puede ser entendida como “... una declaración resumen sobre la manera en que numerosos aspectos de la salud, tanto de naturaleza objetiva como subjetiva, son combinados dentro del contexto de percepciones del sujeto que responde” (Tissue, 1972, p.93). Se rige por un proceso activo de naturaleza cognitiva que no está guiado por ningún tipo de definiciones o reglas formales y consensuadas. Sin embargo, el ser un indicador de salud de naturaleza claramente subjetiva e individual, no le ha impedido demostrarse como un importante predictor de indicadores biológicos objetivos como es el caso de la mortalidad (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He y Muntner, 2005; Idler y Benyamini, 1997b). Es por ello que se constituye como punto de cruce entre el mundo social y las experiencias psicológicas del individuo por un lado, y el mundo biológico/médico por otro (Jylhä, 2009).

Al mismo tiempo, la salud percibida puede entenderse como un amplio indicador de salud relacionado con el bienestar (Segovia, Bartlett y Edwards, 1989), ya que al ser una representación cognitiva de la salud de las personas incorpora una gran variedad de componentes físicos, emocionales y personales de las mismas (como son las creencias religiosas, la concepción sobre la salud/enfermedad y sus atribuciones causales, la confianza y la autoridad depositada en los servicios sanitarios).

Los resultados obtenidos en el presente estudio ratifican en cierta medida: (1) la existencia de diferentes modelos de conceptualización de la salud presentes en las respuestas dadas por los habitantes de Casablanca a las preguntas abiertas sobre las fuentes de mejora de su salud; (2) la existencia de tensiones entre lo objetivo y subjetivo, al considerar por ejemplo las diferencias observables entre los problemas referidos por los pacientes en relación a los problemas de nervios, depresión y trastornos mentales, frente al diagnóstico médico efectuado; (3) la percepción de salud como un predictor objetivo de uso de los recursos sanitarios, al observarse cómo aquellos encuestados que no han realizado consultas sanitarias manifiestan sentirse mejor, tanto en las dimensiones temporales de la percepción general de salud, como en su índice general (tabla 98).

En la encuesta de Casablanca, la percepción de salud se ha empleado para la monitorización de la salud del barrio, siguiendo de esta manera la recomendación efectuada a este respecto por parte de diferentes organismos internacionales (el Centro para el control de las enfermedades de los Estados Unidos (Hennesy, Moriarty, Zack, Scherr y Brackbill, 1994), la OMS (WHO, Statistics Netherlands, 1996) y la Comisión Europea (Kramers, 2003; Robine, Jagger y Euro-Reves Grp, 2003)) y aprovechando las ventajas que ofrece al ser un medio válido, fiable y coste – eficaz de valoración del estado de salud global (Kaplan y Baron-Epel, 2003).

De ahí que el estudio se encuadre dentro de una tradición epidemiológica centrada en observar las relaciones que se establecen entre diferentes variables y la percepción de salud, y otros estudios recientes que tratan de analizar la contribución de los determinantes sociales a la explicación de este indicador (Borj y Kristensen, 2000; Ferrie y cols, 2002; Lindström, 2009; Mansyur y cols, 2008; Singh-Manoux y cols, 2006; Wilkinson y Marmot, 2003).

5.2.2. CUESTIONES METODOLÓGICAS: NUEVOS RETOS DE INVESTIGACIÓN

5.2.2.1. Puntos fuertes y limitaciones del estudio.

Las diferencias observables en la salud de las poblaciones de diferentes países, medidas a través de la percepción de salud, y su relación con factores de tipo educativo, socioeconómico y cultural han sido constatadas en numerosos estudios, desarrollados principalmente en los países económicamente desarrollados (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Canadá, Japón, Países Nórdicos) (Oshio y Kobayashi, 2009; Øverland, Glozier, Maeland, Aaro y Mykletun, 2006; Salomon, Nordhagen, Oza, y Murray, 2009; Singh-Manoux y cols, 2006; Smith, Glazier y Lyn, 2010), si bien también es posible encontrar ejemplos en otros países con menor nivel de desarrollo, como pueden ser los latinoamericanos (México y Argentina) (De Maio, 2010; Gallegos – Carrillo y cols, 2006).

En la última década ha cobrado particular relevancia el análisis de estas diferencias a un nivel más local, tratando de definir los determinantes sociales que las generan. Muchos estudios centran su foco de atención en las disparidades existentes entre los entornos urbanos y los rurales, y dentro de los entornos urbanos, entre vecindarios con diferentes características sociodemográficas (Collins, Hayes, y Oliver, 2009; Cummins y cols, 2005; Macintyre y cols, 2005; Pampalon, Hamel, De Koninck y Disant, 2007; Wilson, Elliott, Law, Eyles, Jerrett y Keller-Olaman, 2004). En ese sentido, se sigue la recomendación expresa de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en relación a la evaluación y medición de las inequidades en salud y atención de salud a un nivel local como base para la asignación de recursos y definición de programas acorde a las necesidades comunitarias; abordando la necesidad de contextualizar el estudio de la salud en sus configuraciones urbanas.

El barrio juega un papel clave como medio de aproximación a una realidad social frecuente en las ciudades y compleja por los actuales procesos migratorios, especulativos y ambientales. La configuración comunitaria constituye el objetivo diana de las intervenciones de salud pública en atención primaria.

En este sentido, el equipo investigador entiende como una de las fortalezas del estudio el haber utilizado como unidad de análisis el barrio. A ello se le añade la originalidad de, a diferencia de otras investigaciones que contrastan las disparidades entre vecindarios, el plantear la descripción y comparación del nivel de salud percibida entre vecinos pertenecientes todos al mismo barrio de Casablanca, pero que viven en zonas diferentes del mismo (Viñedo Viejo, Las Nieves y Fuentes Claras) caracterizadas por la diversidad de estratificación socioeconómica.

Otra de las singularidades del presente trabajo reside en el modo en que se efectúa la operativización de la variable dependiente percepción de salud, a través del empleo de un instrumento de tipo cuantitativo y multidimensional: el Cuestionario de Davies y Ware, CPS-81. Esto supone una diferencia en relación a la mayor parte de estudios que operativizan esta variable a través de una única cuestión global, ¿en general usted como valora su salud?, con el objetivo de obtener una información rápida y condensada sobre la misma.

A juicio del equipo investigador, el uso de la escala multi-item ofrece numerosas ventajas, como son la de incrementar la fiabilidad de los resultados, la posibilidad de establecer relaciones de sus múltiples dimensiones con las variables independientes mejorando su interpretabilidad, y presentar mayor capacidad de discriminación, aspecto de gran interés en esta investigación centrada en el análisis de una población con el objetivo de hacer comparaciones entre grupos de una misma comunidad.

El CPS-81 además de ofrecer un perfil de la percepción de salud en sus diversas dimensiones, proporciona un índice general de la misma que permite tratar la variable desde el punto de vista estadístico como una variable continua. Con respecto a otras investigaciones sobre percepción de salud, que plantean cinco opciones de respuesta a la única cuestión global, el CPS-81 permite tanto un análisis factorial como la interpretación de una puntuación global única. En Casablanca se ha optado también por dicotomizar las respuestas del test en dos opciones de cara a simplificar el análisis estadístico (salud buena – salud mala), lo que supone el tratamiento de la variable como de tipo nominal. Esta es la forma más frecuente de presentación en la mayor parte de instrumentos genéricos de medida de la salud, como es el caso del SF-36 o el EuroQol-5D, y la manera en que se recomienda su incorporación en las encuestas de salud.

A pesar de que diferentes estudios (Mackenbach, van den Bos, Joung, van de Mheen, y Strokns, 1994; Manderbacka, Lahelma y Martikainen, 1998; Manor, Matthews y Power, 2000) han examinado la continuidad de la percepción de salud y encontrado evidencia de la simetría en las respuestas en los extremos positivo y negativo de la escala, algunos autores (Salomón y cols, 2009) sugieren el reconsiderar esta aproximación estándar de dicotomizar la percepción de salud en dos categorías frente a las cinco anteriores, al observar que las tendencias en informar una salud excelente parecen ser menos propensas a las inconsistencias entre encuestas diferentes frente a las tendencias de informar una salud buena/pobre.

La diferente naturaleza operativa de la variable dependiente condiciona el tipo de procedimiento estadístico empleado, y su correspondiente interpretación. Así, en la mayor parte de estudios se divide a la población entre sujetos con buena salud y sujetos con mala salud. En la investigación de Casablanca se pretende profundizar en este objetivo, analizando las diferencias entre aquellos vecinos que presentan una mejor salud frente a aquellos que la valoran peor.

Desde una perspectiva más conceptual, diversos autores añaden al debate sobre el continuo entre la autoevaluación positiva y negativa de la salud, el hecho de que los factores que predicen la valoración positiva de la salud pueden ser diferentes de los que predicen un estado de salud peor (Benyamini, Leventhal y Leventhal, 2003; Kaplan y Baron-Epel, 2003; Shooshtari, Menec y Tate, 2007; Smith, Shelley y Dennerstein, 1994). En estos estudios se ha observado como la salud pobre reportada por las personas está casi siempre influida por una experiencia de salud adversa como es la presencia de síntomas somáticos, por ejemplo el cansancio o el dolor, o aspectos médicos, como la toma de medicación, la presencia de una enfermedad o la existencia de una cirugía previa. Sin embargo, la salud buena o excelente suele estar condicionada por otro tipo de variables de índole sociodemográfica o relacionadas con los estilos de vida (Benyamini y cols, 2003; Smith y cols, 1994).

El estudio de Casablanca confirma esta tendencia, pues las variables que predicen una mejor salud poblacional (más relacionadas con la clase social: educación e ingresos) son diferentes a las que predicen una peor salud (asociadas con la experiencia de salud: enfermedades diagnosticadas, morbilidad e incapacidad). No obstante, en el estudio del barrio resultan más predictivos los factores que tienen que ver con la valoración positiva del propio estado.

La gran congruencia existente entre los resultados obtenidos a través de los diferentes análisis estadísticos realizados, tal y como ha quedado patente en el epígrafe determinantes sociales: su reflejo en la muestra, facilita el establecimiento de conclusiones y una evaluación positiva de los instrumentos utilizados en términos de fiabilidad y validez.

En cuanto a las limitaciones del estudio, en primer lugar hay que señalar que el carácter transversal del mismo limita el análisis de la causalidad entre la percepción de salud y las diferentes variables independientes. No es posible establecer variables contaminantes ni mediadoras, ni captar asociaciones a largo plazo. Únicamente un estudio de tipo longitudinal puede determinar estas asociaciones. Las implicaciones causales de usar el término efecto en un estudio transversal se basan en asunciones de los investigadores, no en los resultados.

La gran correlación existente entre las diferentes variables socioeconómicas hace difícil el estimar la contribución independiente de cada una de ellas en la percepción de salud. Por último, el sistema de recogida de datos basado principalmente en el auto informe, puede conducir a la presencia de sesgos de respuesta a lo largo de los diferentes grupos socioeconómicos (como por ejemplo por cuestiones de deseabilidad social). En ese sentido, estos resultados podrían complementarse con la recogida de datos obtenidos en otros contextos como por ejemplo, durante las consultas sanitarias efectuadas a los diferentes profesionales de la atención primaria.

5.2.2.2. Nuevos retos para la investigación.

En cuanto a futuras líneas de investigación, se plantean desde una doble perspectiva: por un lado, la profundización en el estudio de la percepción de la salud en sí misma; y por otro, los nuevos retos de investigación en relación con el barrio de Casablanca.

En el primer caso, una de las cuestiones más relevantes reside en la exploración del propio proceso cognitivo, aportando un modelo que facilite la comprensión y la naturaleza íntima del proceso individual de valoración de la salud, en su base biológica y en su contexto social y cultural. Resulta necesaria una aproximación al tema más global, desde tradiciones epistemológicas diferentes (Huisman y Deeg, 2010; Jylhä, 2009). Incrementar el uso de metodologías de tipo cualitativo (por ejemplo, entrevistas en profundidad, historias de vida, grupos de discusión) permitirá analizar las explicaciones desarrolladas por las personas y considerar el proceso de razonamiento que las lleva de la revisión de diferentes aspectos de su salud a la conclusión de que su salud es globalmente buena o mala. Asimismo, se facilitará la comprensión de las diferencias que se pueden dar entre grupos de población (por sectores de edad, por sexo, etc.).

Desde una perspectiva metodológica, hallazgos discrepantes en las respuestas a la misma cuestión en encuestas nacionales requieren la revisión de las inferencias realizadas sobre la salud poblacional basadas en este indicador (Salomon y cols, 2009). En ese sentido, cuestionan su capacidad para seguir la trayectoria de los cambios poblacionales en la salud a lo largo del tiempo. Para aportar luz sobre este tema, se requiere:

- Desarrollar estudios longitudinales, que faciliten el establecimiento de relaciones de causalidad entre diferentes variables y la percepción de la salud, así como analizar la evolución de su comportamiento.
- Realizar estudios comparativos entre los resultados obtenidos a través de diversas fuentes procedentes de un mismo país.
- Consensuar el tipo de cuestión a emplear (comparativa versus general, por ejemplo) así como la mejor manera de operativizar la variable (dicotomizar versus categorizar), dada la existencia de múltiples herramientas empleadas hasta el momento para su medida.

En relación a las futuras líneas de trabajo en el barrio de Casablanca, el presente estudio ha permitido una primera aproximación al análisis de la influencia de los determinantes sociales sobre la percepción de salud de sus habitantes, sumándose a otros estudios empíricos que tratan de arrojar luz sobre las causas de las inequidades en salud en un contexto comunitario.

Las siguientes propuestas de investigación guardarían relación con:

- El planteamiento y desarrollo de estrategias de intervención psicosocial coordinadas desde el centro de atención primaria con el objetivo de corregir las desigualdades detectadas, utilizando la percepción de salud como variable diana para observar los resultados. En el mismo periodo de tiempo, tratar de observar los cambios que se producen en los determinantes sociodemográficos, psicológicos y de estilos de vida en la población y considerar su influencia independiente sobre la salud de las personas.
- Incorporar de manera específica variables que reflejen las infraestructuras y políticas relacionadas con la salud de las que dispone el vecindario, como son por ejemplo: el gasto per cápita en salud en el presupuesto local y el número de médicos por área, para indicar el esfuerzo político en el área de salud; y el índice de personas que acuden a las revisiones médicas, como indicador de la prestación de servicios a los individuos, y otros indicadores de calidad asistencial y preventiva.
- Profundizar en variables y conceptos relacionados como son el bienestar y la calidad de vida. Para ello, es preciso integrar nuevas variables de estudio relacionadas con el vecindario que modulan la calidad de vida (Russ-Eft, 1979), y la percepción de las mismas por parte de los vecinos, como son las condiciones físicas y medioambientales (presencia de zonas verdes, niveles de ruidos, tráfico), sus condiciones económicas (nivel de renta de sus habitantes,

número de habitantes con vivienda en propiedad y vehículo propio), los servicios que ofrece (bancarios, comercio, farmacia, instalaciones deportivas), sus condiciones políticas (opción de voto preferente de sus habitantes).

- El vecindario es el componente clave de la cohesión social cuando consideramos el estudio de la salud comunitaria. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en el informe final de la red de conocimiento sobre asentamientos urbanos, reconoce el papel del capital social para atenuar o compensar la existencia de estructuras gubernamentales debilitadas o disfuncionales (WHO, 2008). De ahí el interés de explorar en el futuro los problemas sociales percibidos en el barrio de Casablanca (inseguridad ciudadana, especulación urbanística, inequidad social, reputación del vecindario) y en las relaciones interpersonales y de confianza mutua que se establecen en su seno (relaciones con los vecinos, sentido psicológico de comunidad).
- En este sentido, sería interesante incorporar en nuevas encuestas un instrumento de medición que de respuesta a los múltiples dominios que incorpora la calidad de vida en su conceptualización. El equipo investigador plantea el WHOQOL (Lucas-Carrasco, 1998) como una alternativa de medida adecuada, al tratarse de una herramienta consensuada y validada a nivel internacional, y que ya ha demostrado su utilidad en múltiples contextos del ámbito sanitario (ensayos clínicos, investigación epidemiológica, práctica clínica). Su uso a nivel poblacional podría extenderse a las auditorías de los servicios públicos para evaluar el efecto de sus intervenciones en la población.

5.2.3. MEDIDA DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

En la actualidad, uno de los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios de cara a dar una respuesta más coherente a los problemas de salud que afectan a los países desarrollados, es alcanzar el equilibrio entre la excesiva especialización del sistema y la recuperación de una visión global e integral de los problemas de salud de las personas, centrando la atención en “su sentido de bienestar”.

La excesiva especialización ha supuesto que con frecuencia los profesionales de la salud se interesen más en monitorizar la salud a través de medidas “objetivas” frente la utilización de otros indicadores de naturaleza más “subjetiva”, como son la percepción de salud o la calidad de vida. No obstante, el interés por estas últimas debería ser mayor ya que reflejan los juicios psicológicos que guían los comportamientos de las personas, como puede ser el cumplimiento de las pautas terapéuticas. Además, es muy probable que su valoración apoye y mejore la relación que se establece entre el profesional y el paciente, al permitir a éste aportar su propia perspectiva en relación a su salud.

En el ámbito sanitario, la percepción de salud ha sido incorporada para facilitar el diagnóstico de salud de las comunidades, a través de las encuestas de salud, en la práctica clínica general, el desarrollo de ensayos clínicos (Fayers y Sprangers, 2002), la detección de grupos de riesgo en salud pública (May, Lawlor, Brindle, Patel y Ebrahim, 2006) y la toma de decisiones a nivel de política sanitaria. Para todos estos propósitos,

su principal ventaja radica en la naturaleza excepcional de la medida: es global, inclusiva e inespecífica. Estas características le permiten capturar dimensiones de la salud que no podrían ser captadas con preguntas más detalladas o cerradas, pero al mismo tiempo, los profesionales - investigadores no tienen control sobre qué aspectos de la salud se enfatizan en la evaluación individual, generando dificultades en su interpretación.

Esto se constituye como un factor limitante para su uso en la práctica clínica general, al no poder reemplazar a herramientas de evaluación más específicas, especialmente si se trata de tomar decisiones sobre un determinado tratamiento. Algo similar sucede con los ensayos clínicos, en los que se recomienda su uso como variable resultado o diana, o como medida complementaria a otras medidas de salud más específicas (Bjorner y cols, 2005). No obstante, su consideración es importante, ya que aunque no es posible establecer que una percepción de salud positiva garantice la buena salud de la persona, la presencia de una pobre percepción de salud sí que justifica una mayor atención por parte del profesional sanitario.

En salud pública, constituye una forma sencilla y económica de identificar grupos/poblaciones de riesgo, aquellas que presentan un nivel de exposición elevado a un riesgo específico (consumo excesivo de tabaco, alcohol, etc.), por lo que puede resultar una herramienta útil y conveniente como indicador complementario de valoraciones del mismo. Por ejemplo, ha demostrado incrementar el valor predictivo de factores de riesgo tradicionales, como la diabetes, el fumar, el índice de masa corporal, el colesterol y la hipertensión para el Accidente Cerebral Vascular (Emmelin, Weinehall, Stegmayr, Dahlgren, Stendlund y Wall, 2003).

Su análisis en combinación con otras variables de índole sociodemográfico y psicosocial, permite la identificación de poblaciones vulnerables, entendiendo como tales aquellos subgrupos o subpoblaciones que, a causa de su posición en determinados estratos sociales (por su nivel de ingresos, nivel educativo, etc.), se encuentran expuestos a condiciones contextuales que los diferencian del resto de la población. Como consecuencia, la distribución del riesgo de exposición en las poblaciones vulnerables presenta una media más alta que en el resto de la población, lo que implica una mayor prevalencia de enfermedad en estos colectivos. Estos grupos vulnerables deben diferenciarse de las poblaciones de riesgo citadas anteriormente (Frohlich y Potvin, 2008).

En el estudio de la vulnerabilidad y la protección de la salud, cobra especial interés el análisis de las desigualdades desde el enfoque psicosocial de grupos, colectivos, organizaciones y/o comunidades. Riesgos como el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol, el estrés, una nutrición deficiente, etc., no constituyen opciones individuales, puesto que la persona las comparte con familiares, amigos, vecinos.

La identificación de grupos vulnerables es un elemento clave a la hora de poner en marcha intervenciones en materia de salud que reduzcan dichas diferencias. La Atención Primaria de Salud ofrece el contexto más adecuado para las mismas, puesto que, como ya se citó en el marco teórico, entre sus principios clave se encuentra el de “la conexión explícita entre salud y desarrollo social” (Cueto, 2004). Los profesionales sanitarios que la integran tienen un mayor conocimiento y control de las características

personales, familiares, históricas y culturales que aparecen asociadas a los problemas de salud de la comunidad, lo que facilita que se sitúe como centro de coordinación de las diferentes acciones intersectoriales que puedan desarrollarse para su solución.

Figura 20: Síntesis de principales conclusiones: medida de la percepción de salud por parte del personal sanitario

En el barrio de Casablanca, los vecinos que valoran peor su estado de salud, son los de mayor edad, preferentemente mujeres, con menor nivel de ingresos y nivel educativo, que en su mayoría residen en el centro histórico del barrio.

Esto los define como un grupo poblacional más vulnerable, y los situaría como centro de atención de las intervenciones de índole psicosocial que se puedan desarrollar coordinadas desde el centro de salud. Sería el caso de la creación y defensa de plataformas cívicas como el Consejo de Salud ya existente en el barrio, en el que las organizaciones vecinales y otros colectivos sociales puedan constituirse en agentes impulsores de medidas de cambio, una vez tomen conciencia de las diferencias existentes. El desarrollo comunitario y su empoderamiento en temas de salud, resulta indisoluble de su capital social (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2008).

No obstante, para que esto sea posible, se requiere una mayor sensibilización sobre el enfoque psicosocial entre los profesionales de la salud (Raphael, 2006). En ese sentido, se hace necesario evaluar el nivel de conocimientos y competencias pertinentes entre las diferentes profesiones sanitarias. Así, en la enfermería, ocupada tradicionalmente de la prestación de cuidados a los pacientes, el modelo psicosocial se ha desarrollado desde temas como la comunicación, las habilidades sociales, la calidad asistencial, etc. Frente a este colectivo, se observa una mayor resistencia a la penetración de las aproximaciones sociales a la salud por parte del estamento médico, quién desde ciertos intereses corporativistas se resiste a perder el monopolio sobre el discurso en salud en una determinada sociedad a favor de otros sectores profesionales y de las propias comunidades. Frente a este modelo simplificado, no debería olvidarse el hecho de que en el nacimiento de la medicina occidental, como disciplina académica, fue decisivo el discurso social y político de la salud pública (Gil-Lacruz, 2011).

En Fisioterapia no es posible separar la práctica profesional de su contexto psicosocial. Øverland y cols (2006) encontraron que entre las personas discapacitadas, sólo la mitad de la reducción en su funcionalidad podía explicarse a partir del diagnóstico médico y los síntomas; mostrando una importante reducción en la auto evaluación de su salud física y mental. Por ello, los procesos de rehabilitación sería conveniente que enfatizaran estos aspectos perceptivos. El abordaje global de un tema tan complejo como es la discapacidad y dependencia requiere de profesionales capaces de entender las necesidades diferenciales de este colectivo, y plantear las reformas del sistema socio sanitario necesarias para dar respuesta a las mismas.

Entender el discurso sobre salud-enfermedad desde un punto de vista psicológico, social, antropológico y cultural, supone una exigencia al profesional de las ciencias de la salud en su labor académica, docente e investigadora. La incorporación de materias a

este respecto dentro de la curricula formativa de los futuros profesionales es una medida de acción que contribuirá a corregir la desviación actual.

El libro blanco de la titulación de Grado de Fisioterapia editado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2004), con motivo del proceso de adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, recoge la importancia de estas cuestiones por ejemplo en la siguiente competencia específica “ser capaz de demostrar conocimiento y comprensión sobre los factores psicológicos y sociales que influyen en el estado de salud/enfermedad del individuo, familia y comunidad”.

Además, “ser capaz de intervenir en los ámbitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”. Lo que incluye, entre otros: identificar los factores sociales y económicos que influyen en la salud y en la atención a la salud; diseñar y realizar actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; asesorar en la elaboración y ejecución sobre políticas de atención y educación en el ámbito de la Fisioterapia y colaborar con los servicios dedicados al desarrollo de la salud y ser un agente de salud.

Entre los objetivos generales, se establece que en función de sus atribuciones profesionales, al finalizar sus estudios todo fisioterapeuta será capaz de contribuir al mantenimiento de la salud, del bienestar y de la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad, considerando sus circunstancias ético-deontológicas, políticas, sociales, económicas, ambientales y biológicas.

El desarrollo de estas competencias y objetivos se concreta en la propuesta de los siguientes contenidos formativos comunes:

- Dentro de las Ciencias Psicosociales: factores psicológicos y sociales que influyen en el estado de salud. Aspectos psicológicos en la relación fisioterapeuta-paciente. Psicología de la discapacidad física. Desarrollo de habilidades sociales.
- Dentro de la Fisioterapia Comunitaria y Salud Pública: conceptos fundamentales de salud. Sistemas de Salud y niveles asistenciales. Epidemiología. La Fisioterapia en el proceso salud-enfermedad. Función de la Fisioterapia en Atención Primaria, Comunitaria y Laboral. Educación para la Salud en Fisioterapia.

El libro blanco se emplea posteriormente como base para el desarrollo de la *ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta*, y que recoge los aspectos antes reseñados. Dicha orden ha de ser de obligado cumplimiento a la hora de verificar los planes de estudios de la titulación de Fisioterapia en todo el territorio nacional, garantizando así la incorporación de estos contenidos de naturaleza psicosocial en todas las universidades que ofrecen el título de Fisioterapia.

5.3. LA INTERVENCIÓN EN LOS DETERMINANTES SOCIALES: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Comprender el proceso de salud-enfermedad desde la perspectiva de los determinantes sociales requiere una mirada amplia sobre el tema y muestra la necesidad de políticas públicas más articuladas, integradas y consensuadas - entre los gobiernos y sus diferentes administraciones, movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y la propia sociedad civil - que tengan como objetivo mejorar globalmente el bienestar y calidad de vida de las poblaciones.

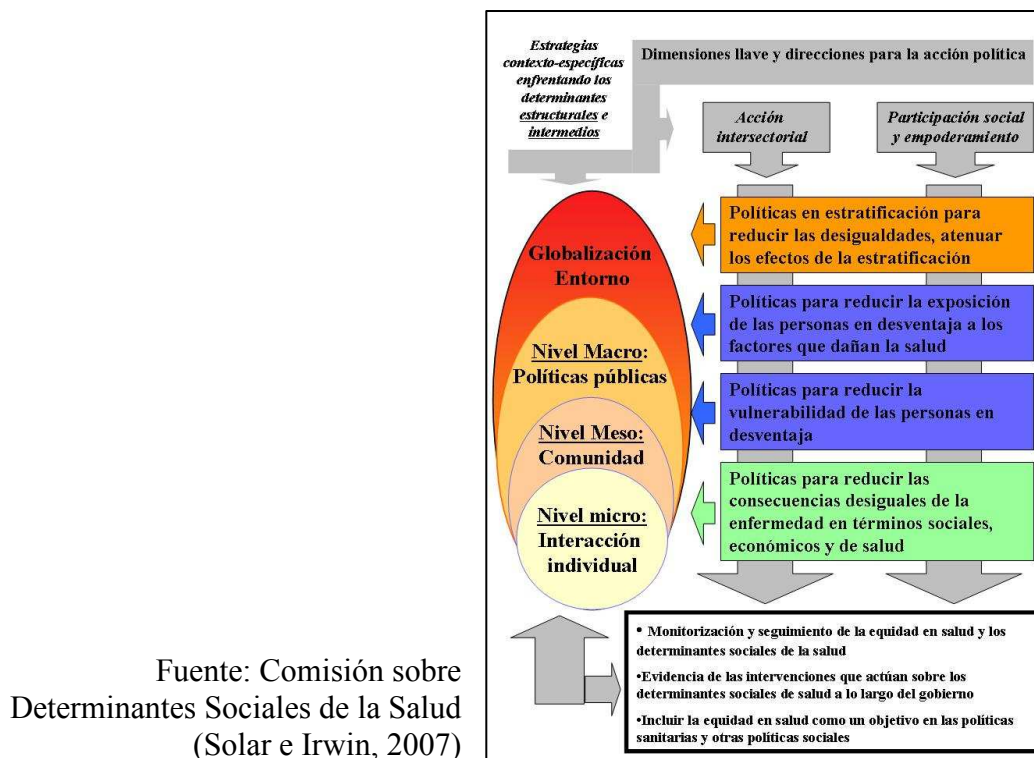
La creación de oportunidades equitativas para todos los miembros de una sociedad pasa por la eliminación de las barreras de tipo social y económico que impiden alcanzar niveles similares de salud y bienestar. Aunque se podría pensar que este es un tema más propio de países en vías de desarrollo, las desigualdades en salud existen en nuestro entorno más inmediato, inclusive en el seno de una misma comunidad vecinal, tal y como queda demostrado en el presente trabajo.

Una agenda centrada en luchar con las inequidades en salud implica el reforzamiento de los individuos y las comunidades a las que pertenecen, la mejora del acceso a los servicios esenciales y reforzar el cambio a nivel macroeconómico y cultural. Wallerstein (1992) describe el empoderamiento como un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia la meta de aumentar el control comunitario, la eficacia política y la mejora de la calidad de vida y la justicia social. Según las teorías psicosociales, aspectos como el capital social, el apoyo social, la autonomía y la autoeficacia constituyen requisitos básicos para la buena salud (Molarius y cols, 2006). Por ello, la definición de los objetivos de salud para la población requiere de una agenda social más amplia y necesariamente de carácter intersectorial, haciendo partícipes a diversos sectores de la sociedad, como el económico, el legislativo, el educativo, obras públicas y fomento, el medio ambiente, etc.

Los sistemas de salud tienen un papel fundamental en el desarrollo de esta actividad intersectorial. Su importancia queda explicitada en la carta de Tallín, firmada en junio del 2008 por los ministros de sanidad de la Unión Europea reunidos en la capital estona. En ella, al definir los sistemas de salud como “el conjunto de todas las organizaciones públicas y privadas, instituciones y recursos obligadas a mejorar, mantener y restaurar la salud”, se establece que “... abarcan servicios individuales y para el conjunto de la población, así como actividades para influir las políticas y acciones de otros sectores para actuar sobre los determinantes sociales, medioambientales y económicos de la salud”.

La relevancia de la acción intersectorial es reconocida por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, al establecerla como uno de los principios fundamentales que han de guiar las intervenciones específicas sobre dichos determinantes, tal y como se recoge en la figura 21.

Figura 21: Esquema para la acción sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud



Además de una agenda social intersectorial, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud reivindica los siguientes principios que han de guiar la intervención:

- El del contexto sociopolítico, que hace referencia a la necesidad de adaptar las políticas desarrolladas en determinantes sociales a las características sociopolíticas de cada país o región, proponiendo soluciones adecuadas a las capacidades de cada país, y huyendo de “recetas” predeterminadas. Esta será una premisa fundamental para el éxito de cualquier iniciativa.
- El de participación comunitaria en las decisiones, que subraya el papel central de la inclusión y participación de la sociedad civil en el desarrollo de las políticas en determinantes sociales. En último término, las estrategias diseñadas han de conducir al empoderamiento de la sociedad civil y las comunidades.
- La necesidad de monitorizar los efectos de las políticas y estrategias desarrolladas sobre equidad en salud y sus determinantes, así como recopilar y disseminar la evidencia de las intervenciones efectivas, incluyendo las acciones intersectoriales. Aunque existen abundantes estudios científicos que describen la correlación entre salud y el estatus socio-económico, además de una conciencia creciente de la importancia del uso de intervenciones basadas en la evidencia, los métodos para guiar la implementación de este tipo de políticas e intervenciones son insuficientes (DETERMINE, 2009). Además, parte de la certeza sobre la eficacia de las actuaciones en determinantes sociales de salud se

centran en el estudio de determinantes intermediarios, en aspectos como la accesibilidad al sistema sanitario o los factores de riesgo relacionados con los hábitos individuales, estando menos documentadas las intervenciones sobre determinantes estructurales, como pueden ser políticas públicas orientadas a mejorar la configuración urbana generando entornos más saludables.

De manera más específica, el sector salud ha de (DETERMINE, 2009):

- Promover la mayor comprensión por parte de otras áreas políticas de los determinantes sociales de la salud, fomentando así la cooperación entre sectores.
- Apoyar a otros sectores con el objetivo de priorizar los determinantes específicos y definir políticas concretas al respecto.
- Identificar y comunicar de manera efectiva el valor añadido de la salud pública y la promoción de la salud sobre los determinantes socioeconómicos de las desigualdades en salud.
- Buscar la implicación de los medios públicos de comunicación de cara a fomentar el debate y diseminar la información.

No obstante, si bien el papel de los sistemas de salud es relevante y necesario para actuar sobre las desigualdades en salud, tiene un alcance limitado. Esto es debido en parte a la existencia de una fragmentación interna entre el sector clínico de la salud (centrado en la prestación sanitaria) y la salud pública (centrada en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud), que limita el liderazgo que podría ejercer un sector sanitario que hablase con “una sola voz”.

El propio modelo de salud pública se ha centrado de manera preferente en identificar los problemas y necesidades de la población cuya intervención requiere de recursos profesionales vinculados al ámbito sanitario y altos niveles de dependencia de los servicios de salud. Durante las dos ó tres últimas décadas del siglo pasado, la promoción para la salud estuvo dominada por el interés en los factores de riesgo de las tradicionales enfermedades cardiovasculares (Hawe y Shiell, 2000). El énfasis recae de esta manera sobre la enfermedad y su prevención secundaria, marginando en cierta medida el potencial de la salud pública para crear y mantener la salud. Este tipo de acciones, aunque necesarias, se han mostrado insuficientes para acortar las distancias en salud (*health gaps*) entre los mejor situados y los peor situados en una sociedad.

Con el nuevo milenio se asiste a un renacimiento de las hipótesis sociales en salud, de manera que los modelos de promoción de salud tienen como base de acción el empoderamiento, la participación, la asociación y la equidad, ayudando así a construir sociedades mejores. Este enfoque plantea la necesidad de identificar y apoyarse en las características positivas de los individuos y sus comunidades, y utilizar sus capacidades y aptitudes como soporte para un mayor empoderamiento de las mismas.

Reequilibrar las políticas sanitarias acorde a una salud pública más amplia requiere la participación de los gobiernos locales que han de asumir una mayor responsabilidad para mejorar el estado de salud de sus comunidades. Dentro de la acción local, las

universidades como servicio público que ha de dar respuesta a las necesidades sociales de su entorno, se ha de sumar a las iniciativas desarrolladas por el sistema nacional de salud y otros agentes sociales para la mejora de la salud poblacional y la corrección de las desigualdades en salud. Entre sus acciones se puede destacar:

- Incrementar en la sociedad la conciencia sobre la existencia de las desigualdades en salud y los determinantes sociales de las mismas.
- Promover los principios de igualdad y justicia social dentro de su comunidad, contribuyendo a la cohesión social y cultura democrática.
- Introducir el tema de los determinantes sociales en la curricula formativa de las titulaciones que puedan desarrollar un papel activo en la corrección de las desigualdades en salud, favoreciendo el posterior desarrollo de acciones intersectoriales. Serían titulaciones de especial atención las relacionadas con el desarrollo temprano del niño y la educación (ej., magisterio), planes de empleo y condiciones de trabajo (ej. relaciones laborales), asuntos sociales (ej. educación social), análisis económico (ej. económicas), la construcción del entorno (ej. arquitectura), el desarrollo sostenible (ej. ingenierías), la salud pública (ej. titulaciones sanitarias), entre otras.
- Contribuir a través de los departamentos universitarios con intereses de investigación en este ámbito a recopilar evidencia científica, identificar las áreas de intervención en el entorno geográfico y social, diseñar y evaluar las intervenciones que tengan lugar, así como a publicar y difundir los resultados de sus investigaciones.
- Propiciar la organización y celebración de foros que faciliten la participación de diferentes agentes implicados en este tema (ej., responsables de las diferentes administraciones públicas a nivel local, autonómico o nacional, asociaciones de diferente índole).
- Fomentar el desarrollo de Universidades Saludables, siguiendo los principios recogidos en la carta de Edmonton, firmada en el año 2006 durante la celebración del II Congreso Internacional de Universidades Saludables (<http://www.virtualwellness.ualberta.ca/docs/VW/CharterHealthPromoting.pdf>). Supone el compromiso de las instituciones de educación superior de convertirse en “entornos promotores de la salud” de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto, en línea con lo establecido como área prioritaria de acción en la Carta Ottawa para Promoción de la salud (1986): la creación de entornos que apoyen la salud. Entendiendo como entornos aquellos lugares y contextos sociales donde las personas desarrollan actividades diarias y en el que interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar de los que viven, trabajan, aprenden,... en él. Las Universidades, reúnen características de entornos diversos, al ser un centro de trabajo, un centro educativo y además una institución de especial relevancia que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad a través de la formación de los cuadros de futuro. Esto le confiere un lugar privilegiado para el desarrollo de actividades vinculadas con la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Sciences & Medicine*, 32, 899-908.
- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (5), 340-342.
- Abu-Omar, K., Rütten, A. & Robine, J.M. (2004). Self-rated and physical activity in the European Union. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 49, 235-242.
- Achenson, D., Barker, D., Chambers, J., Gramham, H. & Marmot, M. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health*. London: HMSO.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2004). *Libro blanco del Título de Grado de Fisioterapia*. Madrid: Omán Impresores. Disponible en http://www.aneca.es/var/media/150428/libroblanco_jun05_fisioterapia.pdf.
- Alguacil, T. (1999). La calidad de vida como marco relacional para el desarrollo de los derechos humanos y constitucionales. En J.C. Martín (2006). *Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003). Validación mediante análisis multivariante*. Tesis doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Alonso, J., Anto, J.M. & Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80 (6), 704-708.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- American Heart Association (2005). Heart disease and stroke statistics 2005 Update. Dallas, TX: American Heart Association.
- Anand, S. (2004). The concern for equity in health. En S. Anand, F. Peter y A. Sen (Eds.), *Public health, ethics and equity*. Oxford: Oxford UP.
- Anastasi, A. (1968). *Test Psicológicos*. En J. Herrero (1994). Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Ander - Egg, E. (1993). *Técnicas de investigación social*. México D.F.: Humanitas.
- Andersen, L.B., Schnohr, P. & Schroll, M. (2000). All – cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1621-1628.

- Angar, A. (2010, Junio 14). Se dispara el consumo de fármacos para las depresiones. *El Correo Gallego*.
- Aragón, R., García, Y., Gil-Lacruz, M. y García, P. (1996). Casablanca, una experiencia de análisis comunitario basada en informantes clave. En Colegio Oficial de Diplomados en trabajo social y asistentes sociales de Sevilla (Ed.), *Trabajo social en el cambio de Milenio; Ponencias y comunicaciones oficiales del VIII Congreso estatal de diplomados en trabajo social y asistentes sociales* (pp. 625-632). Sevilla: Colegio Oficial de Diplomados en trabajo social y asistentes sociales.
- Aróstegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Tesis doctoral. Instituto de Ciencia de la Educación. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Auquier, P., Simeoni, M.C. & Mendizábal, H. (1997). Approaches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Reveu Prevenir*, 33, 7-86.
- Badia, X., Alonso, J., Broxa, M. & Lock, P. (1994). Realibility of the Spanish version of the Nottingham Health Profile in patients with stable end-stage renal disease. *Social Science and Medicine*, 38 (1), 153-158.
- Badia, X., Fernández, E. & Segura, A. (1995). Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health status in a Spanish population. *European Journal of Public Health*, 5, 87-93.
- Badia, X., Roset, M., Herdman, M. & Kind, P. (2001). A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Medical Decision Making*, 21, 7-16.
- Badia, X., Roset, M., Monserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). La versión española del EuroQoL: Descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica*, 112 (Supl 1), 79-86.
- Badia, X., Schiaffino, A., Alonso, J. & Herdman, M. (1998). Using the EuroQoL 5-D in the Catalan general population: Feasibility and construct validity. *Quality of Life Research*, 7, 311-22.
- Balagué, F., Dudler, J. & Nordin, M. (2003). Low back pain in children. *Lancet*, 361, 1403-1404.
- Barriga, S. (1992). El estrés en la vida actual. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 3-28.
- Barriga, S. y Trujillo, I. (2004). Los servicios sociosanitarios en la sociedad del bienestar. *Andalí. Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 4, 11-29.
- Baum, F. (2002). Healthy cities, Local Agenda 21, and healthy settings. En F. Baum (Ed.), *The new public health*. 2nd ed. Melbourne: Oxford University Press.

- Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity: Top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, 14(2), 90-95.
- Beh-Shlomo Y. & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31 (2), 285-293.
- Bentsen, S.B., Henriksen, A.H., Wentzel-Larsen, T., Hanestad, B.R. & Wahl, A.K. (2008). What determines subjective health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Importance of symptoms in subjective health status. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 115.
- Benyamini, Y. & Idler, E.L. (1999). Community studies reporting associations between self-rated health and mortality. *Research on aging*, 21, 392-401.
- Benyamini, Y., Leventhal, E.A. & Leventhal, H. (2003). Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Social Science & Medicine*, 56, 1661-1667.
- Berglan, A. & Narum, I. (2007). Quality of life demands comprehension and further exploration. *Journal of aging and health*, 19 (1), 39-61.
- Berkman, L.F. & Glass, T. (2000). Social integration, social network, social support and health. En L.F. Berkman y I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 137-73). New York: Oxford University Press.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, TE. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Sciences & Medicine*, 51, 843-47.
- Berkman, L.F., Melchior, M., Chastang J-F., Niedhammer, I., Leclerc, A. & Goldber, M. (2004). Social integration and mortality: A prospective study of French employees of electricity of France-Gas of France. *American Journal of Epidemiology*, 159, 167-174.
- Bhugra, D. y Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.
- Bjorner, J.B., & Kristensen, T.S. (1999). Multi-Item scales for measuring global self-rated health: Investigation of construct validity using structural equations models. *Research on aging*, 21 (3), 417-439.
- Bjorner, J.B., Fayers, P. & Idler, E. (2005). Self-rated health. En, P. Fayers y R. Hays (Eds.), *Assessing quality of life in clinical trials: Methods and Practice*. (pp.309-323) Oxford: Oxford University Press.
- Bjorner, J.B., Kristensen, T.S., Orth-Gomér, K., Tibblin, G., Sullivan, M. & Westerholm, P. (1996). Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine. Stockholm: Swedish Council for planning and coordination of research.

- Black, D., Monis, J., Smith, C. & Townsend, P. (1980). *Report of the working group on inequalities in health*. London: Stationery Office.
- Blanco, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En, J.F. Morales, A. Blanco, C. Huidi y J.M. Fernández (Eds.), *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Bobak, M., Skodova, Z., Hertzman, C. & Marmot, M. (2000). Own education, current conditions, parental material circumstances and risk of myocardial infarction in former communist country. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 91-96.
- Borawski, E.A., Kinney, J.M. & Kahana, E. (1996). The meaning of older adults's health appraisals: Congruence with health status and determinants of mortality. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S157 – S170.
- Borj, V. & Kristensen, T.S. (2000). Social class and self-rated health: Can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science and Medicine*, 51, 1019-1030.
- Bosma, H., Richard, P., Johannes, S. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68–74.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 254-258.
- Braveman, P. (1998). *Monitoring equity in health: a policy – oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: WHO. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHS_HSS_98.1.pdf
- Brizer, D.A. (1993). Religiosity and drug abuse among psychiatric inpatients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 337- 345.
- Brook, R.H., Ware, J.E., Davies-Avery, A., Steward, A.L., Donald, C.A., Rogers, W.H., Williams, K.N. & Johnston, S.A. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17 (suppl 7), iii – x, 1 – 131
- Brooks, R.G. (1995). *Health status measurement: A perspective on change*. London: Macmillan.
- Brülde, B. (2007). Happiness theories of good life. *Journal of Happiness Studies*, 8, 15-49.
- Bryant, L.L., Beck, A. & Fairclough, D.L. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in an older population. *Journal of Aging and Health*, 12 (2), 169-192.

- Bujedo, F., Gil-Lacruz, M. y Calvo, R. (1996). Resultados obtenidos en la investigación sobre las principales fuentes de mejora percibida por los usuarios. Comunicación presentada a la *Jornada de la Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria "Servicios de Salud Pública: Organización, productos y calidad"*. Santiago de Compostela, 3 de octubre (paper).
- Burkon, A.K. (1996). Low back pain in children and adolescents: To treat or not? *Bulletin Hospital for Joint Diseases*, 55, 127-129.
- Burkon, A.K. (1997). Back injury and work loss: Biomechanical and psychosocial influences. *Spine*, 22, 2575-2580.
- Burkon, A.K., Clarke, R.D., McClune, T.D. & Tillotson, K.M. (1996). The natural history of low-back pain in adolescents. *Spine*, 21, 2323-2328.
- Burkon, A.K., Eriksen, H.R., Lecker, A., Balagué, F., Henrotin, Y., Müller, G., Cardon, G., Lahad, A. y Van der Beek, A.J. (2004). *European Guidelines for prevention in low back pain*. COST B13 Working Group on Guidelines for prevention in low back pain. Disponible en http://www.backpaineurope.org/web/files/WG3_Guidelines.pdf
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness. *Sociology of Health and Illness*, 13, 451-468.
- Calloway, M. & Nadkicki, T.M. (2000). Research and learning: Using theories of social capital to guide health policy and evaluation. *Association Paper*. Armerican Sociological Association.
- Camarero, L.A. (1995). La encuesta aplicada a la investigación social. Apuntes reprografiados. UNED. Facultad de Sociología. Calatayud.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill.
- Campbell, A., Converse, P. & Rogers, W. (1976). *The quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Caspersen, C.J, Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health- related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126-131.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2), 107-123.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Behavioral risk factor survey of Korean Americans – Alameda county, California, 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46 (33), 774-777.

- Chen, J.Y., Diamant, A.L., Kagawa-Singer, M., Pourat, N. & Wold, C. (2004). Disaggregating data on Asian and Pacific Islander women to assess cancer screening. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (2), 139-145.
- Coburn, D. (2000). Income inequality, social cohesion and the health status of populations: The role of neoliberalism. *Social Sciences & Medicine*, 51, 135-46.
- Cochran, J.K. (1993). The variable effects of religiosity and denomination on adolescent self reported alcohol use by beverage type. *Journal of Drugs Issues*, 23, 479-491.
- Cockerham, W.C. (1995). *Medical Sociology*. 6th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Cockerham, W.C., Ritten, A. & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary lifestyles: Moving beyond Weber. *Sociological Quarterly*, 38, 601-22.
- Cohen, S., Gottlieb, B.H. & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L.G. Underwood y B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp.3-24). New York: Oxford University Press.
- Collins, P.A., Hayes, M.V. & Oliver, L.N. (2009). Neighbourhood quality and self-rated health: A survey of eight suburban neighbourhoods in the Vancouver Census Metropolitan Area. *Health & Place*, 15, 156-164.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. *Clasificación internacional de la Atención Primaria segunda edición. CIAP-2*. Barcelona: Masson, 1999.
- Courtenay, W.H. (2000). Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Crespo, M. y Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- CSDH (2007). *The causes of the causes – A draft of the CSDH “Narrative values. Paper presented at the 7th Commissioners’ Meeting, Geneva, 17-19 January 2007.*
- Cueto, M. (2004). *The origins of primary health care and selective primary health care*. A Joint Learning Initiative: JLI Working Paper Series.
- Cuevas, G. (1996). Intervención Psicosocial. En L. Gómez Jacinto y J.M. Canto (Eds.), *Psicología social* (pp. 415-423). Madrid: Biblioteca Eudema.
- Cummins, S., Stafford, M., Macintyre, S., Marmot, M. & Ellaway, A. (2005). Neighbourhood environment and its association with self rated health: evidence from Scotland and England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 207-213.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote social equity and health*. Copenhagen: World Health Organisation.

- Danielsson, M. y Lindberg, G. (2001). Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox. En P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härnström y G. Lindberg (Eds.), *Gender Inequalities in health. A Swedish perspective*. Cambridge: Harvard University Press.
- Davies, A.R. & Ware, J.E.. (1981). *Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment*. Santa Monica: RAND Corporation (Pub. no. R-2711-HHS).
- De Maio, F.G. (2010). Desigualdad en el ingreso como determinante social de la salud. *Salud Colectiva*, 6 (2), 195-209.
- De Miguel, J.M. (1995). Cambio social en España. *Revista de Documentación Social*, 101, 29-66.
- Deaton, A. (2006). Global patterns of income and health. *WIDER Angle*, 2, 1-3.
- Deeg, D.J.H. & Bath, P.A. (2003). Self-rated health, gender and mortality in older persons: Introduction to a Special Section. *Gerontologist*, 43 (3), 369-371.
- Del Llano Señarís, J.E. (2004, Septiembre 28). Los determinantes de salud y la información sanitaria. *El País*, p.37.
- Denny, K. (2003). The effects of human capital on social capital: A cross-country analysis. *The Institute for Fiscal Studies's Working Paper 03/16*.
- DeSalvo, K.B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J. & Muntner, P. (2005). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 267-275.
- DETERMINE (2009). Voices from other fields. DETERMINE Working Document 3. Disponible en www.health-inequalities.eu.
- Di Castelnuovo, A., Rotondo, S., Lacoviello, L., Donati, M.B. & De Gaetano, G. (2002). Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation*, 105, 2836-2844.
- Diderichsen, F. & Hallqvist, J. (1998). Social inequities in health: Some methodological considerations for the study of social position and social context. En B. Arve-Pares (Ed.), *Inequity in Health – A Swedish Perspective* (pp. 25-39). Stockholm: Swedish Council for Social Research.
- Diderichsen, F., Evans, T. & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth (Eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp.12-23) New York: Oxford University Press.
- DiMatteo, M.R. (1995). Health psychology research: The interpersonal challenges. En G. Branningan y M.R. Merrens (Eds.), *The social psychologist: Research adventures* (pp.207-220). Nueva York: McGraw-Hill.

- Djukanovich, V. y Mach, E.P. (1975). *Alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries. A joint Unicef/Who study*. Geneva: WHO.
- Doya, L. (1995). *What makes women sick: Gender and the political economy of health*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Dubos, R. (1976). The state of health and the quality of life. *Western Journal of Medicine*, 125 (1), 8-9.
- Edlund, M. & Tancredi, L. (1985). Quality of life: An ideological critique. *Perspectives in Biology and Medicine*, 28, 591-607.
- Elstad, J. (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Norwegian Social Research NOVA Rapport 9/00. Oslo: NOVA.
- Emmelin, M., Weinehall, L., Stegmayr, B., Dahlgren, L., Stendlund, H. & Wall, S. (2003). Self-rated ill-health strengthens the effect of biomedical risk factors in predicting stroke, especially for men-an incident case referent study. *Journal of Hypertension*, 21 (5), 887-896.
- Emslie, C., Hunt, K. & Macintyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: The relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine*, 48, 33-48.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Erikson, R. (2001). Why do graduates live longer?. En J.O. Jonsson y C. Mills (Eds.), *Cardle to grave: Live – course in modern Sweden*. Durham: Sociology Press.
- Eriksson, I., Undén, A-L. & Elofsson, S. (2001). Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*, 30, 326-333.
- European Union. (2007). *Green Paper. Towards a Europe free from tobacco smoke: Policy options at EU level*. European Commission. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_en.pdf
- EuroQol Group (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Eyler, A.E., Wilcox, S., Matson-Koffman, D., Evenson, K.R., Sanderson, B., Thompson, J., Wilbur, J. & Rohm-Young, D. (2002). Correlates of physical activity among women from diverse racial/ethnics groups. *Journal of Womens Health and Gender Based Medicine*, 11 (3), 239-253.
- Fabrega, H. (1972). Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, 167-229.

- Fanshel, S. & Bush, J.W. (1970). A health status index and its application to health services outcomes. *Operations Research*, 18 (6), 1021-1066.
- Fayers, P.M. & Sprangers, M.A.G. (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet*, 359 (9302), 187-188.
- Feachem, R.G.A. (2001). Globalization is good for your health, mostly. *British Medical Journal*, 323, 504-506.
- Federación de Asociaciones de Vecinos (1981). *Zaragoza barrio a barrio: Casco Viejo, Casablanca*. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza.
- Ferrans, C.E. (1987). Hemodialysis: Quality of life as a criterion for allocation of life-sustained treatment. En G. Anderson y V. Glesnes-Anderson (Eds.), *Health care ethics: A guide for decision makers* (pp. 109-124). Rockville, MD: Aspen Systems Corporation.
- Ferrans, C.E. (1990a). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6 (4), 248-254.
- Ferrans, C.E. (1990b). Development of quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17 (3) suppl, 15-19.
- Ferrans, C.E. (1992). Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7 (1), 2-6.
- Ferrans, C.E. (2007). Differences in what quality-of-life instruments measure. *Journal of the National Cancer Institute Monograph*, 37, 22-26.
- Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E. & Larson, J.L. (2005). Conceptual model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship. Fourth Quarter*, 37 (4), 336-342.
- Ferrie, J.E., Martikainen, P., Shipley, M.J., Marmot, M., Stansfeld, S.A. & Smith, G.D. (2001). Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 322, 647-651.
- Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Stansfeld, S.A. & Marmot, M.G. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 450-455.
- Fox, K.R. (1997). *The physical self: from motivation to well-being*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Francis, L.J. & Mullen, K. (1993). Religiosity and attitudes towards drug use among 13-15 years old in England. *Addiction*, 88, 665-672.

- French, S. & Sim, J. (2006). *Fisioterapia: Un enfoque psicosocial*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Frohlich, K.L., Corin, H. & Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 776-797.
- Frohlich, K.L. & Potvin, L. (1999). Collective lifestyles as the target for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 90 (S1), S11-S14.
- Frohlich, K.L. & Potvin, L. (2008). The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98, 216-221.
- Fundación Gaspar Casal (2007). *Los españoles frente a su salud y sus determinantes*. Barcelona: Forum Sanofi-Aventis.
- Fylkesnes, K. (1993). Determinants of health care utilization – visits and referrals. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 40-50.
- Gallegos-Carrillo, K., García –Peña, C., Duran-Muñoz, C., Reyes, H. y Durán- Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Saúde Pública*, 40 (5), 792-801.
- García - Moreno, C. (2002). Violence against women: consolidating a public health agenda. En G. Sen, A. George y P. Östhlin (Eds.), *Engendering international health: a challenge of equity*. Cambridge: MIT Press.
- García, M., Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. Apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- Garratt, A.M., Klaber, J. & Farrin, A.J. (2001). Responsiveness of generic and specific measurements of health outcome in low back pain. *Spine*, 26 (1), 71-77.
- Garrido, J. (2001). *Proceso histórico y socioeconómico del barrio de Casablanca*. Zaragoza: Graficas Mola.
- Gerin, P., Dazord, A., Boissel, J. & Chifflet, R. (1992). Quality of life assessment in therapeutic trials: Rationale for and presentation of a more appropriate instrument. *Fundamental Clinical Pharmacology*, 6, 263-276.
- Gershman, J. & Irwin, A. (2000). Getting a grip on the global economy. En J. Kim, J. Miller, A. Irwin y J. Gershman (Eds.), *Dying for growth: global inequity and the health of the poor* (pp.11-42). Monroe, Maine: Common Courage.
- Gianchello, A.L. (1996). Health outcomes research in Hispanics/Latinos. *Journal of Medical Systems*, 21 (5), 235-254.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Gil-Lacruz, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social: Análisis de una comunidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social. Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Gil-Lacruz, M. (2011). *El laberinto de la salud pública*. Barcelona: Erasmus.
- Gil-Lacruz, M., Abadía, J., Aragón, R., García, Y. y Matute, S. (2000). *Análisis psicosocial de los recursos sanitarios. Barrio de Casablanca*. Zaragoza: Mira Editores.
- Gil-Lacruz, M. y Gil-Lacruz, A.I. (2007). Percepción de salud según sexo y edad. *Revista de ciencias sociales*, 117-118, 183-195.
- Gil-Lacruz, M. & Gil-Lacruz, A.I. (2008). Risky behaviours of males and females in our community. *International Journal of Consumers Studies*, 32 (2), 556-573.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewerson, R. & Francis, V. (2007). Challenging inequity through health systems. Final Report Knowledge Network on Health Systems. Ginebra: WHO.
- Gobierno de Aragón (2010). *Estado de Salud de Aragón. Determinantes y actuaciones del Departamento de Salud y Consumo*. Departamento de salud y consumo de Aragón. Servicio Aragonés de Salud. Disponible en http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SALUDPUBLICA/INFSANIT/Estado%20de%20salud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20aragonesa/EstadoSaludPoblacionAragon_informe%20completo.pdf
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A. y Lert, F. (2003). Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51, 381-401.
- Gómez-Vela, M. y Sabeth, E.N. (2007). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Extraído el 13 de mayo de 2009 de <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
- González, L. (2008). *Estudio de metas académicas y estrés en estudiantes universitarios de ciencias de la salud*. Tesis doctoral. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña.
- Gracia, E. y Musitu, G. (1990). Integración y participación en la comunidad. Una conceptualización empírica del apoyo social comunitario. En G. Musitu, E. Bejano y J.R. Bueno (Eds.), *Psicología Comunitaria*. Valencia: Nou Libres
- Graham, H. (2004a). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly*, 82, 101-24.

- Graham, H. (2004b). Tacking health inequalities in England: Remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients. *Journal of Social Policy*, 3, 115-135.
- Graham, H. (2005). Intellectual disabilities and socioeconomic inequalities in health: An overview of research patterns, determinants and challenges. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 101-111.
- Graham, H. & Kelly, M.P. (2004). *Health inequalities: Concepts, frameworks and policy*. London: Health and Developmental Agency.
- Greenfield, S. & Nelson, E.C. (1992). Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Medical care*, 30 (5, supplement), 23-41.
- Grown, C., Gupta, G.R. & Pande, R. (2005). Tacking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365, 541-543.
- Güell, M.R. y Morante, F. (2004). Conceptos generales. En M.R. Güell y F. Morante (Eds.), *Manual de procedimientos SEPAR: Herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud* (pp. 6-7). Barcelona: Publicaciones Pernanyer.
- Gunning – Schepers, L.G. (1999). Models: Instruments for evidence based policy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(5), 263.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H. & Patrick, D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118 (8), 622-628.
- Halstead, S., Walsh, J. & Warren, K. (1985). *Good health at low cost*. New York: Rockefeller Foundation.
- Hawe, P & Alan S. (2000). Social capital and health promotion a review. *Social Science & Medicine*, 51, 871-885.
- Hedley, A.A., Ogden, C.L., Johnson, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R. & Flegal, K.M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents and adults, 1999-2002. *Journal of the American Medical Association*, 291 (23), 2847-2858.
- Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E. & Puska, P. (2001). Self-rated health and mortality: A long term prospective study in eastern Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 227-232.
- Hennessy, C.H., Moriarty, D.G., Zack, M.M., Scherr, P.A. & Brackbill, R. (1994). Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Reports*, 109 (5), 665-672.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3ªed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: el papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Herrero, J., Musitu, G. y Gracia, E. (1994). Cómo aprendemos a relacionarnos. En G. Musitu (Ed.), *Intervención Comunitaria* (pp. 263-270). Valencia: Set y Set.
- Höfer, S., Benzer, W., Alber, H., Ruttman, E., Kopp, M., Schüssler, G. & Doering, S. (2005). Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: A prospective study generating a structural equation model. *Psychosomatics*, 46 (3), 212- 223.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- Huisman, M. y Deeg, D.J.H. (2010). A commentary on Marja Jylhä's "What is self-rated and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model" (69:3, 2009, 307-316). *Social Science & Medicine*, 70, 652-654.
- Hunt, S.M. & McEwen, J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Sociology of Health and Illness*, 2 (3), 231-246.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J. & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine*, 15, 221-9.
- Hurrelmann, K. (1989). *Human development in health*. Nueva York: Springer.
- Idler, E.L. (1992). Self-assessed health and mortality: A review of studies. En S. Maes, H. Leventhal y M. Johnston (Eds.), *International Review of Health Psychology, Volume 1* (pp. 33-54). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Idler, E.L. (1993a). Perceptions of pain and perceptions of health. *Motivation and emotion*, 17, 205-224.
- Idler, EL. (1993b). Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship?. *Journal of Gerontology*, 48, S289-300.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997a). Self-rated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986. *American Journal of Epidemiology*, 131, 91-103.
- Idler, EL. & Beyamini, Y. (1997b). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38 (1), 21-37.

- Im, E.O. & Choe, M.A. (2001). Physical activity of Korean immigrant women in the U.S: Needs and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 567-577.
- International Food Policy Research Institute. (2002). *Mexico PROGRESA: Breaking the cycle of poverty*. Washington: IFPRI.
- Irwin, A. & Scali, E. (2005). *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences. Discussion paper for the Comisión on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.
- Jeammet, P., Renaud, M., Consoli, S. & Flavigny, H. (1995). *Manual de psicología médica*. Barcelona: Masson.
- Jenkins, R. (2004). Globalization, production, employment and poverty: Debates and evidence. *Journal of International Development*, 16, 1-12.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307-316.
- Kaplan, G. & Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56, 1669-1676.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, A.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 647-652.
- Kelly, M.P., Bonnefoy, J., Morgan, A. & Florenzano, F. (2006). *The development of the evidence base about the social determinants of health*. Geneva: WHO. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/measurement/en/index.html.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Koenig, H.G., Ford, S.M., George, L.K., Blazer, D.G. & Meador, K.G. (1993). Religion and anxiety disorder: An examination and comparison of associations in young, middle aged, and elderly adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 321- 342.
- Krahn, G.L., Fujiura, G., Drum, C.E., Cardinal, B.J., Nosek, M.A. (2009). The dilemma of measuring perceived health status in the context of disability. *Disability and Health Journal*, 2, 49-56.
- Kramers, P.G. (2003). The ECHI project: health indicators for the European Community. *European Journal of Public Health*, 13 (3 suppl.), 101-106.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30 (4), 668-677.

- Kuh, D. & Ben - Shlomo, Y. (1997). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Labonte, R. & Schrecker, T. (2007). Globalization and social determinants of health: Introduction and metodological background. *Globalization and Health* 3:5
Disponible en <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5>
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O. & Silventoinen, K. (1999). Gender differences in ill-health in Finland: Patterns, magnitude and change. *Social Science & Medicine*, 48, 7-19.
- Lain Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare.
- Lawlor, D.A., Taylor, M. & Bedford, C. (2002). Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women: Results from the British Women's Heart and Health Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 473-478.
- Lee, J.W. (2003). Global health improvement and WHO: Shaping the future. *Lancet*, 36, 2083-2088.
- Leplège, A & Hunt, S. (1997). The problem of quality of life in medicine. *JAMA*, 278 (1), 47-50.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En A. Baum, S.E. Taylor y J.E.Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. New York: L. Erlbaum.
- Levi, E. (1982). *L'éducation pour la santé*. París: Avis du Conseil Économique et Social.
- Liang, J. (1986). Self-reported physical health among aged adults. *Journal of Gerontology*, 41, 248-260.
- Lindström, M. (2009). Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: A population-based study. *Health Policy*, 93, 172-179.
- Litsios, S (1997). Malaria control, the Cold War, and the Post-war reorganization of international assistance. *Medical Anthropology*, 17 (3), 255-278.
- Litsios, S. (2000). Criticism of WHO's revised malaria eradication strategy. *Parassitología*, 42, 167-172.
- Litsios, S. (2002a). The long and difficult road to Alma-Ata: A personal reflection. *International Journal of Health Sciences*, 32 (4), 709-732.

- Litsios, S. (2002b). Malaria control and the future of international public health. En E. Casman y H. Dowlatbadi (Eds.), *The contextual determinants of malaria* (pp.292-328). Whashington DC: Resources for the future.
- Lox, C.L. & Rudolph, D.L. (1994). The subjective exercise experiences scale: Factorial validity and effects of acute exercise. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 9, 837-844.
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión española del WHOQHOL*. Ginebra: División de salud mental de la Organización Mundial de la Salud.
- Lucas-Carrasco, R. (2007). WHOQoL: un modelo de la medida de la calidad de vida. En M. Gil-Lacruz (Ed.), *Psicología social y bienestar* (pp. 74-92). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish developments and validation studies. *Quality of Life Research*, 21, 161-165.
- Lupton, D. (2001). *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage.
- Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A. & House, J.S. (2000). Income inequality and mortality: important to health of individual income, psychological environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320, 1200-1204.
- Macintyre, S., McKay, L. & Ellaway, A. (2005). Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood of inequalities in health. *Social Sciences & Medicine*, 60, 313-317.
- Mackay, J. & Eriksen, M. (2002). *The Tobacco Atlas*. WHO publication.
- Mackenbach, J.P., Van den Bos, J., Joung, I.M., van de Mheen, H. & Stronks, K. (1994). The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health? *Internacional Journal of Epidemiology*, 23 (6), 1273-1281.
- Mackenbach, J., Van de Mheen & Stronks, K. (1994). A prospective cohort study investigating the exploration of socioeconomic inequities in the Netherlands. *Social Science Medicine*, 38, 299-308.
- Maddux, J.E., Brawley, L. & Boykin, A. (1995). Self-efficacy and healthy behaviour: Prevention, promotion and detection. En J.E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp.173-202). New York: Plenum Press.
- Mahler, H. (1981). The meaning of "Health for all by year 2000". *World Health Forum*, 2 (1), 5 – 22.
- Manderbacka, K., Lahelma, E. & Martikainen, P. (1998). Examining the continuity of self-rated health. *Internacional Journal of Epidemiology*, 27 (2), 208-213.

- Manor, O., Matthews, S. & Power, C. (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *International Journal of Epidemiology*, 29, 149-157.
- Mansyur, C., Amick, B.C., Harrist, R.B. & Franzini, L. (2008). Social capital, income inequality and self-rated health in 45 countries. *Social Science & Medicine*, 66, 43-56.
- Marga Institute. (1984). *Intersectorial action for health: Sri Lanka Study*. Sri Lanka: Marga Institute.
- Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (10), 988-989.
- Marmot, M. (2002). The influence of income on health: View of an epidemiologist. Does money really matter? Or is it a marker for something else? *Health Affairs* 21 (2), 31-46.
- Marmot, M. (2006). Health in an unequal world. *The Lancet*, 368 (9), 2081-2094.
- Martínez-González, M.A., Sánchez-Villegas, A. y Toledo, E. (2006). Probabilidad: distribuciones de normalidad. En M.A. Martínez – González, A. Sánchez-Villegas y J. Faulin (Eds.), *Bioestadística amigable* (pp.79-130). 2º Ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- May, M. Lawlor, D.A., Brindle, P., Patel, R. & Ebrahim, S. (2006). Cardiovascular disease risk assessment in older women: Can we improve on Framingham? British women's heart and health prospective cohort study. *Heart*, 92 (10), 1396-1401.
- McCarthy, M. (2002). Urban development and health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30 (S59), 59-62.
- McKeown, T. (1976). *The modern rise of population*. New York: Academic Press.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1998). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 351-377.
- Mechanic, D. (1983). Adolescent health and illness behaviours: Hypotheses for the study of distress in youth. *Journal of Human Stress*, 9, 4-13.
- Mexican Commission on Macroeconomics and Health. (2004). *Investing in health for economic development. Executive Summary*. Puebla: Universidad de las Américas.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen M. & Urponen, H. (1997). Self-reported health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 517-528.
- Mills, C. (1998). *Equity and health: Key issues and WHO's role*. Geneva: WHO.

- Minayo, M.C., Hartz, Z.M. y Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 7-18.
- Ministerio de Educación. (2010). *Datos y cifras. Curso escolar 2010-2011*. Madrid: Secretaría General Técnica. Disponible en <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/resultados.jsp>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2006). Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Mirás, J. (2000). *Elementos de muestreo para poblaciones finitas*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Miró, E., Iáñez, M.A. & Cano, M.C. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 301-326.
- Molarius, A., Berglund, K., Ericsson C., Lambe, M., Nordström, E., Eriksson, H.G. & Feldman, I. (2006). Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health*, 17 (2), 125-133.
- Moss, T.P. & DiCaccavo, A. (2005). Understanding the schematic representation of pain and general symptomatology: The contribution of the cognitive miser perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 511-524.
- Mossey, J.M. & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E., Field, A., Colditz, G., & Dietz, W. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Association*, 282 (16), 1523-1529.
- Myer, D.G. (2005). *Psicología social*. México: McGraw-Hill.
- Nachemson, A.L., Waddel, G. & Norlund, A.L. (2000). Epidemiology of neck and low back pain. En A.L. Nachemson y E. Jonsson (Eds.), *Neck and back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment* (pp.165-188). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Navarro Rubio, M.D. (1994). *Encuestas de salud. Cuadernos metodológicos nº 11*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Navarro, D. & Cassels, A. (1994). *Strengthening health management capacity in developing countries*. London: Overseas development administration.
- Newell, K.W. (1975). *Health by people*. Geneva: WHO.

- Nordenfelt, L. (1991). *Liksvärdighet och Hälsa: Teori och Kritik*. Falköping: Almqvist & Wiksell.
- Norman, A., Bellocco, R., Vaida, F. & Wolk, A. (2002). Total physical activity in relation to age, body mass, health, and other factors in a cohort of Swedish men. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 670-675.
- Nouvillas, E. (2000). Psicología social y salud. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Psicología Social* (pp. 281-295). Madrid: McGraw-Hill.
- Oshio, T. & Kobayashi, M. (2009). Income inequality, area-level poverty, perceived aversion to inequality and self-rated health in Japan. *Social Science & Medicine*, 69, 317-326.
- Osoba, D. (1994). Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 12 (3), 608-616.
- Osoba, D. (2007). Translating the science of patient-reported outcomes assessment to clinical practice. *Journal of the National Cancer Institute Monograph*, 35, 5-11.
- Östlin, P., George, A. & Sen, G. (2001). Gender, health and equity. The Intersections. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth (Eds.), *Challenging inequities in health: from ethics to action* (pp.174-189). New York: Oxford University Press.
- Øverland, S., Glozier, N., Maeland, J.G., Aaro, L.E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland health study. *BMC Public Health*, 29, 219.
- Pampalon, R., Hamel, D., De Koninck, M. & Disant, M-J. (2007). Perception of place and health: Differences between neighbourhoods in the Québec City region. *Social Science & Medicine*, 65, 95-111.
- Park, C.L. & Cohen, L.H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 561-577.
- Patrick, D.L. (1998). Quality of life and health status: concepts and types of measures. En P. Armitage y T. Colton (Eds.) *Encyclopedia of Biostatistics*, Volumen 5 (p. 3609). New York: John Wiley & Sons.
- Patrick, D.L. (2003). Concepts of health-related quality of life and of patient-reported outcomes. En O. Chassagny & C. Caulin (Eds), *Health-related quality of life and patient reported outcomes, scientific and useful outcome criteria* (pp. 23-32). París: Springer-Verlag.
- Patrick, D.L. & Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990s. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-183.

- Patrick, D.L. & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. New York: Oxford University Press.
- Patrick, D.L., Kinne, S., Engelberg, R.G. & Pearlman, R.A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 779-785.
- Peruga, A. & Celentano, D. (1993). Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. *Social Science and Medicine*, 36, 509- 524.
- Phares, E.J. (1957). Expectancy change in skill and chance situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 4, 339-342.
- Phares, E.J. (1962). Perceptual threshold decrements as a function of skill and chance expectancies. *Journal of Psychology*, 53, 399-407.
- Phares, E.J. (1978). Locus of control. En H. London & J.E. Exner (Eds.), *Dimension of Personality*. New York: Wiley and Sons.
- Prentice, A.M. (2006). The emerging epidemic of obesity in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 35 (1), 93-99.
- Putnam, R.D. (2001). *The dynamics of Social Capital*. Princenton: Princenton University Press.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness*. London: Sage.
- Raphael, D. (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto: CSPI.
- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: Present status, unanswered questions and future directions. *International Journal of Health Services*, 36 (4), 651-677.
- Reimel, S.H. y Muñoz, C. (1990). Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida. *Comportamiento*, 1 (2), 51-59.
- Requena, M. (2001). Los hogares en Europa, con especial referencia a España. En *Condiciones de vida en España y en Europa. Estudio basado en el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). Años 1994 y 1995* (pp.31-77). Madrid: Instituto Nacional de estadística pp. 31-77.
- Robine, J.M. Jagger, C. & Euro-Reves Grp. (2003). Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe – the euro-REVES 2 project. *European Journal of Public Health*, 13, 6-14.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.

- Rodríguez, J.A. y De Miguel, J.M. (1990). *Salud y poder*. Madrid: Centro de Investigaciones Científicas.
- Rojas Soriano, R. (2001). *Guía para realizar investigaciones sociales* (26ª ed.). México: Plaza y Valdés.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. K & Klapp B.F. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität, ein Teil der "allgemeinen" Lebensqualität?. En M. Bullinger y U. Ravens-Sieberer (Eds), *Jahrbuch Medizinische Psychologie* (pp.206-221). Göttingen: Hogrefe.
- Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine*, 51, 1421-1435.
- Rosenfield, P. (1985). The contribution of social and political factors to good health. En S. Halstead, J. Walsh y K. Warren (Eds.), *Good health at low cost* (pp.173-185). New York: Rockefeller Foundation.
- Rosero-Bixby, L. (1985). Infant mortality decline in Costa Rica. En S. Halstead, J. Walsh y K. Warren (Eds.), *Good health at low cost* (pp.125-138). New York: Rockefeller Foundation.
- Ruiz, J. (1992). Artículo sobre el libro de las calles, amante y personal. (1992, Diciembre, 6). *Heraldo de Aragón*, p.15.
- Russ-Eft, D. (1979). Identifying components comprising neighborhood quality of life. *Social Indicators Research*, 6, 349-72.
- Saenz, L. (1985). Health change during decade: The Costa Rican case. En S. Halstead, J. Walsh y K. Warren (Eds.), *Good health at low cost* (pp.139-146). New York: Rockefeller Foundation.
- Salomon, J.A., Nordhagen, S., Oza, S. & Murray, C.J.L. (2009). Are Americans feeling less healthy? The puzzle of trends in self-rated health. *American Journal of Epidemiology*, 170, 343-351.
- Sapolsky, R.M. (1999). The physiology and pathophysiology of unhappiness. En D. Kahneman y E. Diener (Eds), *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp.453-469). New York: Russell Sage Foundation.
- Scambler, G. & Hopkins, A. (1990). Generating a model of epileptic stigma. *Social Sciences Medicine*, 30, 1187-1194.

- Schoepf, B., Schoepf, C. & Millen, J. (2000). Theoretical Therapies, remote remedies: SAPs and the political ecology of poverty and health in Africa. En J. Kim, J. Miller, A. Irwin y J. Gershman (Eds.), *Dying for growth: global inequity and the health of the poor* (pp.91-124). Monroe, Maine: Common Courage.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9 (2), 9-21.
- Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, 11, 193–205.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncá, S., Rué, M. y Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15 (3), 217-223.
- Segovia, J., Bartlett, R.F., Edwards, A.C. (1989). An empirical análisis of the dimensions of health status measures. *Social Science & Medicine*, 29, 761-768.
- Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *British Medical Journal*, 324, 860-861.
- Sen, G., Östlin, P. & George, A. (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and gender equity knowledge network*. Geneva: WHO.
- Shafey, O., Dolwick, S. & Guindon GE. (2003). *Tobacco control country profiles*. 2nd ed. Atlanta GA : American Cancer Society.
- Shams, M. & Jackson, L.R. (1993). Religiosity as a predictor of well being and moderator psychological impact of unemployment. *British Journal of Medical Psychology*, 6, 341-352.
- Shields, M. & Tremblay, S. (2002). The health of Canada's communities. *Health Rep*. 13 (July, suppl.).
- Shooshtari, S., Menec, V. & Tate, R. (2007). Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-45) and older (55+) Canadian adults: A longitudinal study of well-being. *Research on Aging*, 29 (6), 512-554.
- Sidel, V.W. (1972). The barefood doctors of the people's Republic of China. *The New England Journal of Medicine*, 286, 1292- 1300.
- Sidel, V.W. & Sidel, R. (1975). The health care delivery system of the people's Republic of China. En K.W. Newell (Ed.), *Health by people* (pp.1-12). Geneva: WHO.

- Siegrist, J. & Marmot M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment two scientific challenges. *Social Science and Medicine*, 58, 1463-1473.
- Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M. & Goldberg, M. (2006). What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 364-372.
- Skelton, J.A. & Croyle R.J. (1991). *Mental representation in health and illness*. New York: Springer-Verlag.
- Smith, A.M.A., Shelley, J.M. & Dennerstein, L. (1994). Self-rated health: Biological continuum or social discontinuity. *Social Science & Medicine*, 39, 77-83.
- Smith, P.M., Glazier, R.H. & Lyn, M.S. (2010). The predictors of self-rated health and the relationship between self-rated and health service needs are similar across socioeconomic groups in Canada. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, 412-421.
- Södergren, M., Sundquist, J., Johanson, S.E. & Sundquist, K. (2008). Physical activity, exercise and self-rated health: A population – based study from Sweden. *BMC Public Health*, 8, 352.
- Solar, O. & Irwin, A. (2005). *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper for the Comisión on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.
- Solar, O. & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Comisión on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.
- Soucie, J.M., Nuss, R.R., Evatt, B., Abdelhak, A., Cowan, L., Hill, H. y Kolakoski, M.N. y The Hemophilia Surveillance System Project Investigators. (2000). Mortality among males with hemophilia: Relations with source of medical care. *Blood*, 96, 437-442.
- Sousa, K.H. & Kwok, O. (2006). Putting Wilson and Cleary to the test: Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modelling. *Quality of Life Research*, 15, 725-737.
- Sousa, K.H. & Williamson, A. (2003). Symptom status and health-related quality of life: Clinical relevance. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (6), 571-577.
- Sousa, K.H., Holzemer, W.L., Bakken, S. & Slaughter, R. (1999). Dimensions of health – related quality of life in person living with HIV disease. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 178-187.

- Souto, S., Aguilar-Palacio, I., Gil-Lacruz, M. y Gil-Lacruz, A.I. (2010). Salud percibida y diagnosticada en una muestra comunitaria: determinantes sociales. En R. González, A. Valle, R. Arce y F. Fariña (Eds.), *Calidad de Vida, Bienestar y Salud* (pp.195). A Coruña: Psicoeduca.
- Spilker, B. (1996). Introduction. En B. Spilker (Ed.), *Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Stafford, M., Cummins, S., Ellaway, A., Sacker, A., Wiggins, R.D. & Macintyre, S. (2007). Pathways to obesity: Identifying local, modifiable determinants of physical activity and diet. *Social Science and Medicine*, 65, 1882-1897.
- Standing, H. (1999). *Frameworks for understanding gender inequalities and health sector reform: An analysis and review of policy issues*. Harvard Center for population studies. Working paper series, 99.06.
- Stiglitz, J.E. (2002). *El malestar en la globalización*. Madrid: Taurus.
- Strack, F., Argyle, M. & Schwarz, N. (1991). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Elmsford: Pergamo Press.
- Strandber, A.Y, Strandber, T.E., Salomaa, V.V., Pitkala, K. & Miettinen, T.A. (2004). Alcohol consumption, 29-y total mortality, and quality of life in men in old age. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80, 1366-1371.
- Stronks, K. & Gunning – Schepers, L. (1993). Should equity in health be target number one? *European Journal of Public Health*, 3, 104-111.
- Suchman, E.A., Philips, B.S. & Streib, G.F. (1958). Analysis of the validity of health questionnaires. *Social Forces*, 36, 223-232.
- Sullivan, M. (2003). The new subjective medicine: Taking the patient's point of view on health care and health. *Social Science & Medicine*, 56, 1595-1604.
- Tarlov, A.R. (1996). Social Determinants of Health: The sociobiological translation. En D. Blane, E. Brunner y R. Wilkinson (Eds.), *Health and social organization* (pp.71-93). London: Routledge.
- Taylor, S.J. y Bodgan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica.
- Tillmann, M. & Silcock, J. (1997). A comparison of smokers' and ex-smokers' health related quality of life. *Journal of Public Health Medicine*, 19, 268-273.
- Tinetti, M.E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 34(2), 119-126.
- Tissue, T. (1972). Another look at self-rated health among the elderly. *Journal of Gerontology*, 27, 91-94.

- Torrance, G.W. (1986). Measurement of health state utilities for economic appraisal. *Journal of Health Economics*, 5, 1-30.
- Torres, R. (2008). Aproximación terapéutica al paciente con dolor cervical crónico. En R. Torres (Ed), *La columna cervical: Síndromes clínicos y su tratamiento manipulativo*. Tomo II. (pp. 433-486). Madrid: Panamericana.
- Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J., Välimaa, R., Danielson M. & Overpeck, M. (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science and Medicine*, 62, 815-827.
- Tremblay, S., Dahinten, S. & Kohen, D. (2003). Factors related to adolescents' self-perceived health. *Health Reports*, 14S, 7-16.
- Turk, D.C. (1994). Perspectives on chronic pain: The role of psychological factors. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 45-48.
- Ulvik, B., Nygard, O., Hanestad, B.R., Wentzel-Larsen, T. & Wahl, A.K. (2008). Associations between disease severity, coping and dimension of health-related quality of life in patients admitted for elective coronary angiography – a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 38.
- Undén, A-L. & Elofsson, S. (2001). Health from the patient's point of view. How does it relate to physician's judgements? *Family Practice*, 18 (2), 174-180.
- United Nations Development Program. (2003). *Human Development Report 2003: Millenium Development Goals: A Compact among nations to end human poverty*. New York: UNDP. Disponible en http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_complete.pdf
- United Nations Development Program. (2007). *Human Development Report 2007/2008*. New York: UNDP. Disponible en http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Complete.pdf
- Ussher, M. (2005). Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 1. Art.No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.pub2.
- Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., y Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 886-92.
- Valdamanis, V., Kumanarayake L, and Lertiendumrong, J. (2004). Capacity in Thai Public Hospitals and the Production of Care for Poor and Nonpoor Patients. *Health Services Research*, 39 (6), 2117-2122.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht: D. Reitel.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116.

- Veenstra, G. (2001). Social Capital and Health. *Printemps, Spring*, pp. 72-81.
- Vega, J., Hollstein, R.D., Delgado, I., Pérez, J.C., Carrasco, S., Marshall, G. & Yach, D. (2001). Socioeconomic health inequities in an intermediate-development nation: Chile, 1985-1996. En T., Evans, M., Whitehead, F., Diderichsen, A., Bhuiya y M., Wirth (Eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 122-137). New York: Oxford University Press.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Rivera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos resultados. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-150.
- Vilagut, G., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130, 726-735.
- Vingilis, E., Wade, T.J. & Seeley, J.S. (2002). Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the national population health survey. *Canadian Journal of Public Health*, 93, 193-197.
- Vitoria, C.G., Fenn, B., Bryce, J. & Kirkwood, B.R. (2005). Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: Evidence from national surveys. *The Lancet*, 366 (9495), 1460-1466.
- Waddell, G. & Burkon, A.K. (2000). *Occupational health guidelines for management of low back pain at work – Evidence review*. London: Faculty of Occupational Medicine.
- Wagner, P.J. & Curran, P. (1984). Health beliefs and physician identified “worried well”. *Health Psychology*, 3, 459-474.
- Waitzkin, H. (2003). Report of the World Health Organization’s Commission on Macroeconomics and Health – a summary and critique. *Lancet*, 361, 523-526.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 197-205.
- Walsh, J. & Warren, K. (1979). Selective primary health care, an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301 (18), 967-974.
- Ware, J. E.(1987). Standars for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronical Diseases*, 40 (6), 473-480.
- Ware, J. E. (1991). Conceptualizing and measuring generic health outcomes. *Cancer*, 67 (3), 774-779.
- Ware, J.E. & Brook, R.H. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand’s Health Insurance Study. *Medical Care*, 17 (7), supplement.

- Ware, J. E., Brook, R.H, Davies-Avery, A., Williams, K.N., Stewart, A.L., Rogers, W.H., Donald, C.A. & Johnstons, S.A. (1980). *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study. Vol. 1: Model of Health and Methodology*. Santa Monica: RAND Corporation (Pub. no. R-1987/1-HEW).
- Ware, J. E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36), I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-83.
- Watson, D. & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, K.D., Papageorgiou, A.C., Jones, G.T., Taylor, S., Symmons, D.P.M., Silman, A.J. & Macfarlane, G.J. (2002). Low back pain in schoolchildren: Occurrence and characteristics. *Pain*, 97, 87-92.
- Watson, K.D., Papageorgiou, A.C., Jones, G.T., Taylor, S., Symmons, D.P.M., Silman, A.J. & Macfarlane, G.J. (2003). Low back pain in schoolchildren: The role of mechanical and psychosocial factors. *Archives of Disease on Childhood*, 8, 12-17.
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft*. En J. Medina (1964 trad.). *Economía y Sociedad*. México: FCE
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22 (3), 429-45.
- WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization. Basic documents*. Geneva: WHO.
- WHO (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO. Disponible en <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>
- WHO (1993). WHOQOL Study Protocol. WHO (MNH/PSF/93.9).
- WHO (1995). *Health in social development: WHO position paper, World Summit for Social Development, Copenhagen*. Geneva: WHO.
- WHO (1997). *Intersectoral action for health: A cornerstone for health for all in the twenty-first century*. Geneva: WHO.
- WHO (2003). *Invertir en salud. Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Ginebra: OMS.
- WHO (2006). World Health Report: Working together for health. Geneva: WHO. Disponible en http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

WHO (2007). Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional de la Comisión sobre determinantes sociales de la OMS. Ginebra: OMS. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf

WHO Commision on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings (2008). *Our cities, our health, our future. Acting on social determinants of health for equity in urban settings*. Geneva: WHO

WHO Regional Office for Europe (1997). *Twenty steps for developing a Healthy City proyect*. 3ed. Copenhagen: Regional Office for Europe. Disponible en <http://www.euro.who.int/document/e56270.pdf>

WHO, Statistics Netherlands (1996). Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Office for Europe.

WHO/UNICEF (1978). Declaration of Alma-Ata. Disponible en http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.

WHOQOL Group (1995). Field trial WHOQOL-100: Introduction and background. Geneva: WHO (MNH/PSF/96.1).

WHOQOL Group (1995b). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL); position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.

WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health. The solid Facts*. 2nd ed. Oxfort: Oxfort University Press.

Wilkinson, R.G. & Pickett, K.E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62 (7), 1768-1784.

Wilson, I.B. & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health – related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Association*, 273, 59-65.

Wilson, K., Elliott, S., Law, M., Eyles, J., Jerrett, M. & Keller-Olaman, S. (2004). Linking perceptions of neighbourhood to health in Hamilton, Canada. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 192-198.

Winkleby, M.A. (1994). The future of community - based cardiovascular disease intervention studies. *American Journal of Public Health*, 84 (84), 1369-1372.

- Woodward, D., Drager, E., Beaglehole, R. & Lipson, D. (2001). Globalization and health: A framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 875-881.
- World Bank. (1993). *World development report: Investing in Health*. Washington DC: World Bank.
- Wright, L.S., Frost, C.J. & Wisecarver, S.J. (1993). Church attendance meaningfulness of religion and depressive symptomatology among adolescents. *Journal of Youth and Adolescent*, 22, 559-568.
- Young, J.T. (2004). Illness behaviour: A selective review and synthesis. *Sociology of Health and Illness*, 26, 1-31.
- Zamora, J., Kovacs, F., Abaira, V., Fernández, C. & Lázaro, P. (2007). The social tariff of EQ-5D is not adequate to assess quality of life in patients with low back pain. *Quality of Life Research*, 16 (3), 523-53.
- Zborowski, M. (1952). Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues*, 8, 16-30.

ANEXOS:

I. Comparativa de algunos de los cuestionarios más utilizados para la autovaloración de la salud

II. Encuesta de salud de Casablanca

III. Constitución de Cluster para las variables de apoyo comunitario y comportamientos de riesgo para la salud

IV. Tabla resumen estadísticos: ANOVA, correlaciones y discriminantes

ANEXO I: COMPARATIVA DE ALGUNOS DE LOS CUESTIONARIOS MÁS UTILIZADOS PARA LA AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD

QUESTIONARIO Y AUTORES	TIPO ¹	CONSTRUCTO VALORADO	DIMENSIONES (dominios y facetas en el caso de calidad de vida)	ÍTEMS	REFERENCIA TEMPORAL	NIVELES (o rangos de respuesta)	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	VALIDACIÓN POBLACIÓN ESPAÑOLA
CPS-81 (Davies y Ware, 1981)	Genérico de índice y perfil	Percepción General de Salud	Salud actual Salud anterior Expectativas de salud Resistencia a la enfermedad Orientación a la enfermedad Preocupación por la salud Dolor	10 3 4 4 2 5 1	Últimos tres meses	Entre 4 y 5 niveles de respuesta en función del ítem.	Válido y fiable (α Cronbach = 0,87)	Herrero, 1994.
EUROQOL-5D (EuroQuol Group, 1990)	Genérico de Índice	CVRS	Movilidad Cuidado Personal Actividades Cotidianas Dolor/malestar Ansiedad/Depresión Percepción general salud	1 1 1 1 1 Escala Visual Analógica (EVA)	El día en que se cubre el cuestionario	3 niveles de respuesta EVA:0-100	Válido y fiable. La sensibilidad es su punto débil, si bien se considera que es suficiente.	Badía y cols, 1998, 1999 y 2001.
PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (Hunt y cols, 1981)	Genérico de Perfil	CVRS ²	Energía Dolor Movilidad física Reacciones emocionales Sueño Aislamiento social	3 8 8 9 5 5	El día en que se cubre el cuestionario	2 niveles de respuesta: Si/No	Válido y fiable	Alonso y cols, 1990, Badía y cols, 1994.
SF-36 (versión 2) (Ware y Sherbourne, 1992)	Genérico de Perfil, si bien es posible obtener dos medidas sumario del componente físico y del componente mental	CVRS	Función Física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función Social Rol emocional Salud mental	10 4 2 5 4 2 3 5 1 ítem transición salud (no puntúa)	Últimas cuatro semanas (versión estándar) El ítem transición salud se refiere al último año	Entre 3 y 6 niveles de respuesta en función del ítem, formando escalas tipo Likert	Válido y fiable tanto para comparación entre grupos como para comparaciones individuales (α Cronbach = 0,94 para el componente sumario físico y 0,89 componente sumario mental)	Alonso y cols, 1995, 1998. Vilagut y cols, 2005, 2008.

ANEXO I: COMPARATIVA DE ALGUNOS DE LOS CUESTIONARIOS MÁS UTILIZADOS PARA LA AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD								
WHOQOL- 100 (WHOQOL Group, 1995)	Genérico de perfil	CV	<u>Área física</u> (dolor y malestar, energía y fatiga, sueño y descanso) <u>Área psicológica</u> (sentimientos positivos, P.A.M.C. ² , autoestima, imagen y sentimientos negativos) <u>Niveles de independencia</u> (movilidad, AVD ³ , dependencia sustancias médicas y capacidad de trabajo) <u>Relaciones sociales</u> (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual) <u>Ambiente</u> (seguridad física, ambiente del hogar, recursos económicos, atención sanitaria/social, oportunidad de adquirir información nueva, participación/ocio/recreo, ambiente, transporte) <u>Espiritualidad</u> (religión, creencias personales) <u>CV global</u> <u>Salud general</u>	12 20 16 12 32 4 3 1	Últimas dos semanas	5 niveles de respuesta en escala tipo Likert	Válido y fiable (α Cronbach entre 0,69 - físico- y 0,90 - espiritualidad - para todas los dominios)	Lucas-Carrasco, 1998. Lucas-Carrasco y cols, 2012.
WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998)	Genérico de perfil	CV	<u>Área física</u> (dolor y malestar, sueño y fatiga, energía y descanso, movilidad, AVD, dependencia de sustancias médicas, capacidad de trabajo) <u>Área psicológica</u> (sentimientos positivos, P.A.M.C. ⁴ , autoestima, imagen corporal, sentimientos negativos, espiritualidad, religión, creencias personales) <u>Relaciones sociales</u> (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual) <u>Ambiente</u> (seguridad física, ambiente del hogar, recursos económicos, atención sanitaria/social, oportunidad información, ocio/recreo, ambiente físico y transporte) <u>CV global</u> <u>Salud general</u>	7 6 3 8 1 1	Últimas dos semanas	5 niveles de respuesta en escala tipo Likert	Válido y fiable (α Cronbach entre 0,74 -psicológico- y 0,80 -físico- para todas los dominios)	Lucas-Carrasco, 1998. Lucas – Carrasco y cols, 2012.

¹ Véase punto 2.3.2. del capítulo 2, sobre clasificación de los instrumentos de medida del estado de salud según su estructura (apartado c).

² En el Perfil de Salud de Nottingham se han omitido los 7 dominios de vida independiente, pues constituyen variables categóricas que no integran el perfil de salud percibida.

³ AVD: Actividades de la vida diaria.

⁴ P.A.M.C: Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración.

Buenos días / tardes / noches, la Unidad Docente del Centro de Salud de Casablanca está realizando una encuesta sobre el Estado de Salud de la población de Casablanca y sobre aspectos relacionados con el mismo y con la mejora del barrio, como el estilo de vida, el apoyo comunitario, la utilización de servicios médicos, etc.. Por lo que su colaboración puede ser muy valiosa para la realización de este estudio.

El completo anonimato de sus respuestas quedará garantizado por el **tratamiento estadístico global** de las mismas y en ningún caso individual. **Gracias** anticipadas por su participación.

Apellidos:.....

Teléfono:.....

"

Nº Cuota: <input type="text"/>	Nº Cuestionario: <input type="text"/>	Zona del distrito:
Calle:..... Nº..... Piso Puerta		1. Viñedo Viejo
Entrevistador:..... Día Mes Hora Duración: <input type="text"/> minutos		2. Las Nieves
		3. Fuentes Claras

1. SEXO:	2. ESTADO CIVIL	3. SITUACIÓN LABORAL
1. Hombre	1. Soltero/a	1. Trabaja
2. Mujer	2. Casado/a (pareja estable)	2. Parado
	3. Separado / divorciado/a	3. Estudiante
4. EDAD: <input type="text"/>	4. Viudo/a	4. Sus labores
		5. Jubilado, pensionista
5. Lugar de NACIMIENTO:	6. AÑOS DE RESIDENCIA (Casablanca): <input type="text"/>	
1. Zaragoza capital	3. Resto de España	
2. Resto de Aragón	4. Extranjero	
	7. Nº de miembros que residen en la unidad familiar, incluido el encuestado : <input type="text"/>	
8. NIVEL DE ESTUDIOS:	9. OCUPACIÓN:	
1. Sin estudios	1. Alto directivo/ejecutivo de empresa	
2. Escuela primaria	2. Técnico superior y medio/prof. liberal	
3. Graduado escolar o F.P.1	3. Vendedores/auxiliares administrativos	
4. Bachiller o F.P.2 o Secundaria	4. Trabajador cualificado	
5. Estudios Universitarios	5. Trabajador no cualificado	
	6. Militares/fuerzas de seguridad	
	7. Agricultores	
	8. Otros: (especificar).....	
10. INGRESOS ANUALES (-netos- de todos los miembros residentes en la unidad familiar):		
1. Menos de 6.000 €/año	4. Entre 18.000 y 24000 €/año	
2. Entre 6.000 y 12.000 €/año	5. Entre 24.000 y 30.000 €/año	
3. Entre 12.000 y 18.000 €/año	6. Más de 30000 €/año	
11. Entrevistador: si está realizando 2 encuestas por unidad familiar, pregunte al final del cuestionario la relación de parentesco que esta persona tiene con la siguiente entrevistada:		
1. Esposo / a, compañero / a	4. Padre / madre	7. Hermano / a
2. Hijo / a	5. Suegro / suegra	8. Cuñado / a
3. Yerno / nuera	6. Abuelo / a	9. Tío / a
		10. Sin relación familiar
		11. Otra (especificar).....

CPS - 81 (Davis y Ware, Health Perceptions Questionnaire, Salud Percibida, 1981)

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente 2. Buena 3. Normal 4. Mala

2. ¿Ha padecido usted durante los últimos tres meses dolencias físicas?

1. Muchas 2. Algunas 3. Pocas 4. Ningunas

3. Durante los últimos tres meses ¿en qué grado le ha preocupado su salud?

1. Mucho 2. Algo 3. Poco 4. Nada

A continuación le voy a leer una serie de frases, dígame cómo se sitúa con respecto a ellas.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	En parte de acuerdo, en parte desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
--	-------------------	---------------	--	------------	----------------

4. De acuerdo con los médicos que he visitado, mi salud en este momento es excelente	1	2	3	4	5
5. Me da la impresión de que enfermo con más facilidad que otras personas	1	2	3	4	5
6. Me siento mejor que nunca	1	2	3	4	5
7. Probablemente enfermaré con frecuencia en un futuro	1	2	3	4	5
8. Nunca me preocupo de mi salud	1	2	3	4	5
9. En general, la mayoría de las personas enferman con mayor facilidad que yo	1	2	3	4	5
10. No me encuentro del todo bien	1	2	3	4	5
11. A partir de ahora, creo que mi salud será mejor que la de otras personas que conozco	1	2	3	4	5
12. Estuve tan enfermo en una ocasión que creía que me iba a morir	1	2	3	4	5
13. Mi salud no es tan buena como la que tenía antes.	1	2	3	4	5
14. Me preocupo más por mi salud que otros por la suya.	1	2	3	4	5
15. Mi cuerpo resiste bien las enfermedades	1	2	3	4	5
16. Enfermar de vez en cuando forma parte de mi vida	1	2	3	4	5
17. Mi salud es mejor que la de las personas que conozco	1	2	3	4	5
18. Creo que mi salud empeorará a partir de ahora	1	2	3	4	5
19. Tengo la impresión de que mis enfermedades duran largo tiempo	1	2	3	4	5
20. Los demás se preocupan más por su salud que yo por la mía	1	2	3	4	5
21. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5
22. Espero llevar una vida muy sana	1	2	3	4	5
23. Mi salud es algo que me preocupa	1	2	3	4	5
24. Acepto el hecho de que a veces voy a estar enfermo	1	2	3	4	5
25. Ultimamente me he encontrado mal físicamente	1	2	3	4	5
26. Me he sentido muy enfermo	1	2	3	4	5
27. Enfermedad que anda por ahí, enfermedad que cojo	1	2	3	4	5
28. Los médicos dicen que ahora tengo mala salud	1	2	3	4	5
29. Nunca me he sentido tan bien como ahora	1	2	3	4	5

CPS - 94 (Comportamientos saludables, Herrero, Musitu y Gracia, 1994)

1. Respecto al consumo de **cigarrillos**, usted se considera:

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. No fumador (nunca ha fumado) | 2. Ex-fumador, más de tres meses |
| | 3. Nuevo ex-fumador, menos de tres meses sin fumar |
| | 4. Fumador ocasional |
| | 5. Poco fumador, entre 1 y 9 cigarrillos/ día |
| | 6. Fumador, entre 10 y 20 cigarrillos día |
| | 7. Gran fumador, + de 20 cigarrillos/día |

2. Con qué frecuencia consume usted **bebidas alcohólicas** (vino, cerveza, licores, combinados, etc.):

- | | | | |
|----------|---------------------------|------------------------|----------------------------|
| 1. Nunca | 2. Ocasionalmente | 4. Los fines de semana | 5. 3 ó 4 veces a la semana |
| | 3. Un par de veces al mes | | 6. diariamente |

Entrevistador, recuerde que las opciones 1 2, 3 de la pregunta 2, implican que el consumo de vino, cerveza y licores no puede ser semanal.

3. Respecto al consumo de **vino**, usted bebe SEMANALMENTE:

- | | | |
|----------------|------------------------|------------------------|
| 1. Ningún vaso | 2. Entre 1 y 5 vasos | 5. Entre 16 y 20 vasos |
| | 3. Entre 6 y 10 vasos | 6. Entre 21 y 25 vasos |
| | 4. Entre 11 y 15 vasos | 7. Más de 25 vasos |

4. Respecto al consumo de **cerveza**, usted bebe SEMANALMENTE:

- | | | |
|----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Ningún vaso | 2. Entre 1 y 5 vasos (1-7 cañas) | 5. Entre 16 y 20 vasos (23-30 cañas) |
| | 3. Entre 6 y 10 vasos (8-15 cañas) | 6. Entre 21 y 25 vasos (31-37 cañas) |
| | 4. Entre 11 y 15 vasos (16-22 cañas) | 7. Más de 25 vasos (más de 37 cañas) |

5. Respecto al consumo de **licores, combinados, whisky**, etc., usted consume SEMANALMENTE:

- | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|
| 1. Ninguna copa | 2. Entre 1 y 5 copas | 5. Entre 16 y 20 copas |
| | 3. Entre 6 y 10 copas | 6. Entre 21 y 25 copas |
| | 4. Entre 11 y 15 copas | 7. Más de 25 copas |

6. Usted practica **deportes** en sus horas de tiempo libre (tales como tenis, footing, excursiones, bicicleta, natación, frontón, etc.) con una frecuencia de

- | | | | |
|-------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------|
| 1. Todos los días | 2. Semanalmente de 4 a 6 días | 5. Mensualmente, de 2 a 3 veces | 7. Rara vez |
| | 3. Semanalmente de 2 a 3 días | 6. Mensualmente, una vez | 8. Nunca |
| | 4. Semanalmente, una vez | | |

7. ¿Trata usted conscientemente de evitar el consumo de **café**?

- | | | | | |
|------------|-----------------|------------------|----------------|----------|
| 1. Siempre | 2. Casi siempre | 3. Algunas veces | 4. Pocas veces | 5. Nunca |
|------------|-----------------|------------------|----------------|----------|

8. ¿Presta usted atención a su **higiene bucodental** (boca y dientes)?

- | | | | | |
|------------|-----------------|------------------|----------------|----------|
| 1. Siempre | 2. Casi siempre | 3. Algunas veces | 4. Pocas veces | 5. Nunca |
|------------|-----------------|------------------|----------------|----------|

9. ¿Procura usted mantenerse en su **peso ideal** ?

- | | | | | |
|------------|-----------------|------------------|----------------|----------|
| 1. Siempre | 2. Casi siempre | 3. Algunas veces | 4. Pocas veces | 5. Nunca |
|------------|-----------------|------------------|----------------|----------|

10. ¿En sus desplazamientos en automóvil usa el **cinturón de seguridad**?

	Nunca	A veces	Siempre
Dentro de la ciudad	1	2	3
En carretera	1	2	3

AC - 90 (Gracia y Musitu, Apoyo Comunitario, 1990)

Recuerde que toda la información es anónima y en nada le compromete

A continuación le voy a leer una serie de frases, dígame cómo se sitúa con respecto a ellas.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	En parte en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me encuentro a disgusto dentro de mi barrio o comunidad	1	2	3	4	5
2. Me siento identificado con mi comunidad/barrio	1	2	3	4	5
3. Mis opiniones son bien recibidas en mi barrio o comunidad	1	2	3	4	5
4. Muy pocas personas de mi comunidad saben quien soy yo	1	2	3	4	5
5. Siento el barrio como algo mío	1	2	3	4	5
6. Colaboro en las organizaciones y asociaciones de mi comunidad	1	2	3	4	5
7. Participo en actividades sociales de mi barrio o comunidad	1	2	3	4	5
8. Participo en algún grupo social o cívico(asociaciones de vecinos,amas de casa, etc.)	1	2	3	4	5
9. No participo en las reivindicaciones sociales que se llevan a cabo en mi barrio/comunidad	1	2	3	4	5
10. Acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de mi comunidad	1	2	3	4	5
11. No participo en las actividades socio-recreativas de mi comunidad	1	2	3	4	5
Como usted sabe, asociaciones deportivas o culturales, grupos sociales o cívicos (asociaciones de vecinos, amas de casa, de consumidores, comisión de fiestas, etc. la parroquia, agrupaciones políticas o sindicales, etc., son organizaciones en las que se desarrolla una parte importante de la vida social de las personas. En estas organizaciones:					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	En parte en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Podría encontrar personas que me ayudaran a resolver mis problemas	1	2	3	4	5
2. No encontraría comprensión y apoyo	1	2	3	4	5
3. Podría encontrar personas que me ayudaran a sentirme mejor	1	2	3	4	5
4. No pediría consejo	1	2	3	4	5
5. No podría compartir mis problemas	1	2	3	4	5
6. Encontraría alguien que me escuche cuando estoy decaído	1	2	3	4	5
7. Encontraría una fuente de satisfacción para mí	1	2	3	4	5
8. Lograría animarme y mejorar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5
9. Me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos	1	2	3	4	5
10. No solicitaría ayuda	1	2	3	4	5
Servicios Sociales, Centros Educativos, Centros de Salud, son organizaciones y servicios que la Comunidad pone a disposición de sus miembros.					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	En parte en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Si tuviera problemas (personales, familiares, etc.,) podría encontrar personas en estas organizaciones que me ayudarían a resolverlos	1	2	3	4	5
2. Estos servicios no me inspiran la suficiente confianza	1	2	3	4	5
3. Estas organizaciones y servicios son una importante fuente de apoyo	1	2	3	4	5
4. En caso de necesidad acudiría a estas organizaciones	1	2	3	4	5

INSTRUMENTO SOBRE **RECURSOS ESPECÍFICOS DE SALUD**
(Centro de Salud - Casablanca, adaptación Encuesta de Salud de Zaragoza)

CONSULTAS de Salud (2 últimas semanas)

Entrevistador: Tenga en cuenta que se considera consulta médica cualquier visita a un médico, ya (**exceptuando** consultas al **dentista**) ya sea personal o telefónicamente, para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite, recetas incluido. Sin embargo, no se considera consulta médica el simple **contacto previo** para establecer la cita, los **exámenes colectivos** (pruebas a toda la población, a los trabajadores de una empresa, a los escolares, etc.) ni las visitas para realizar **exclusivamente pruebas diagnósticas** (radiografías, análisis, cardiogramas, etc.).

1. ¿En las dos últimas semanas ha consultado usted con algún **profesional de salud** (médico, ATS, matrona, asistente social, psicólogo, especialistas alternativos: curanderos, homeópatas, naturistas, acupuntores, etc.) por algún problema suyo, molestias o enfermedad?

1. Si ¿Cuántas veces? 2. No

En caso de respuesta negativa pasar a la pregunta **8**.

.....

2. ¿Donde tuvo **lugar** la **última** visita en estas dos últimas semanas?

- | | |
|--|---|
| 1. Centro de Salud de Casablanca (servicios médicos) | 8. Visita del médico de cabecera al domicilio |
| 2. Centro de Salud de Casablanca (asistente social) | 9. Servicio especial de urgencias a domicilio |
| 3. Otros Centros de Salud, situados fuera del barrio | 10. Consulta telefónica |
| 4. Ambulatorio Seguridad Social (especialidades) | 11. Consulta externa en hospital |
| 5. Servicio urgencias hospital | 12. Consultas alternativas. |
| 6. Consulta privada (particular/mutua privada) | 12.1. Curanderos 12.2. Homeópatas |
| 7. Empresa o lugar de trabajo | 12.3. Naturistas 12.4. Acupuntor |

13. Otros: especificar.....

3. ¿Cual fue el **motivo/s** de la consulta/s efectuada en las dos últimas semanas?

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1. Diagnóstico y/o tratamiento | 3. Dispensa de recetas | 5. Otros: especificar..... |
| 2. Revisión | 4. Parte de baja/alta.. | |

4. En cualquier de estos casos ¿cuál fue la **dolencia diagnosticada o solución propuesta**?

.....

5. ¿Cuánto **tiempo tuvo que esperar** en el lugar de la consulta para ser atendido? minutos

6. ¿Cuánto **tiempo duró la consulta**? minutos

7. La **atención que recibió** en general (medica asistencial, humana) le pareció:

1. Muy satisfactoria 2. Satisfactoria 3. Indiferente 4. Poco satisfactoria 5. Nada satisfactoria
-

• 8 En su opinión, ¿cuál cree que sería la principal fuente de **mejora** de su **salud**? (sólo *una* respuesta).....

9. En su opinión, ¿cuál cree que sería la principal fuente de **mejora** de los **servicios de salud**? (sólo *una* respuesta).....

MORBILIDAD PERCIBIDA AGUDA (adaptación Encuesta de Salud de Zaragoza)

2 últimas semanas.

Dolencia o enfermedad que ha afectado al entrevistado en las dos últimas semanas, que **no sea por síntomas** de un proceso **crónico** que el entrevistado padece

1. ¿ha padecido durante las dos últimas semanas alguna dolencia o enfermedad de las que se citan a continuación?
Entrevistador: Mostrar tarjeta 1 de cuestionario de adultos y señalar la enfermedad.

- | | |
|--|---|
| 1. No he padecido ninguna | 14. Problemas con los dientes o encías |
| 2. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones | 15. Problemas con el período o menopausia |
| 3. Problemas de nervios o depresión | 16. Tobillos hinchados |
| 4. Mareos o vahídos | 17. Ahogo, dificultad para respirar |
| 5. Fiebre | 18. Cansancio sin razón aparente |
| 6. Problemas de garganta | 19. Ronchas, picor |
| 7. Dolor en el pecho | 20. Molestias de hígado o vesícula biliar |
| 8. Dolor de cabeza | 21. Diarreas o problemas intestinales |
| 9. Contusiones, lesión o herida | 22. Problemas de estómago o digestivo |
| 10. Tos, catarro o gripe | 23. Dificultad para dormir |
| 11. Dolor de oídos | 24. Ojos (conjuntivitis) |
| 12. Molestias de riñón o urinarias | 25. Otros: |
| 13. Tensión alta | |

MORBILIDAD PERCIBIDA CRÓNICA 12 últimos meses.

Enfermedad que se ha manifestado **más de 3 meses** de forma **permanente** o con cierta frecuencia

1. ¿En los últimos 12 meses ha padecido alguna enfermedad/malestar o lesión de las que se citan a continuación?

- | | |
|--|---|
| 1. No he padecido ninguna enfermedad | 14. Alergias |
| 2. Colesterol | 15. Diabetes, azúcar en la sangre |
| 3. Reumatismo, artrosis o artritis, ciática, lumbago
o dolor de espalda | 16. Anemia |
| 4. Problemas de boca o encías | 17. Problemas de hígado, vesícula biliar |
| 5. Hemorroides o almorranas | 18. Problemas de corazón |
| 6. Varices | 19. Problemas de período, menopausia |
| 7. Gota, ácido úrico | 20. Dolor de cabeza, jaqueca, migraña |
| 8. Problemas persistentes con los pies | 21. Infecciones de orina, cistitis |
| 9. Tensión alta | 22. Hernia |
| 10. Tumor | 23. Dolencias de estómago |
| 11. Piedras en el riñón | 24. Problemas persistentes en la piel, eczema |
| 12. Algún tipo de defecto físico | 25. Estreñimiento |
| 13. Problemas de nervios, depresión,
trastornos mentales | 26. Bronquitis o asma/neumonía |
| | 27. Problemas con los ojos |
| | 28. Otros |

1.b ¿Qué le diagnosticó el servicio de salud?

2. ¿Ha tenido que reducir o limitar las siguientes actividades que usted normalmente realiza al menos la mitad del día por alguna de estas molestias? (incluidas morbilidad aguda y crónica) ¿Cuáles?

	SI	NO
1. Tiempo libre (paseos diversión)		
2. Actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar)		
3. De autonomía personal (higiene, salir solo)		
4. Quedarse en cama		

Hemos terminado. Gracias por su colaboración.

Entrevistador, recuerde transcribir las respuestas abiertas en la hoja de registro correspondiente

A. ANÁLISIS DE CLÚSTER PARA LAS VARIABLES DE APOYO COMUNITARIO

A.1. Análisis de cluster de la variable integración comunitaria

Cluster	Centroides iniciales	Media del grupo en la variable	Casos en cada grupo	Nombre
1	6,00	14,98	564	Menor integración
2	26,00	18,75	468	Mayor integración
		16,69	1.032	

Como se observa en la columna de los centroides iniciales, las dos medidas que se corresponden con el valor mínimo (6) y máximo (26) de la muestra en la variable se convierten en 14,98 y 18,75 respectivamente, al llevar a cabo el procedimiento de optimización de la clasificación. Así se divide la muestra en dos grupos diferenciados en función de su nivel de integración en la comunidad: el primero compuesto por 564 individuos, de los que se podría inferir un nivel de integración comunitario bajo y el segundo compuesto por 468, cuyas puntuaciones son más elevadas y por tanto se encuentran más integrados en el distrito.

A.2. Análisis de cluster de la variable participación comunitaria

Cluster	Centroides iniciales	Media del grupo en la variable	Casos en cada grupo	Nombre
1	6,00	13,72	624	Menor participación
2	25,00	16,74	408	Mayor participación
		14,87	1.032	

En una primera fase, los centroides iniciales adquieren valores de 6 (mínimo) y 26 (máximo) en función de la variable participación. Tras el procedimiento de asignación de todos los sujetos a cada grupo, recalculando los centroides con cada nueva inclusión, la separación entre los dos grupos correspondientes a una menor participación y a una mayor participación se optimiza cuando las medias alcanzan magnitudes de 13,72 y 16,74 respectivamente. De esta manera la muestra queda homogéneamente dividida en dos grupos con diferentes niveles de participación, constituido el primero de ellos por 624 sujetos entrevistados de los que se puede inferir un nivel de participación bajo en el sentido de que las llamadas a actividades, eventos vecinales o reivindicaciones asociativas del barrio tienen escasa repercusión en su interacción comunitaria. Por el contrario, en 408 entrevistas, los encuestados manifiestan una participación activa.

A.3. Análisis de cluster de la variable sistemas informales como fuente potencial de apoyo

Cluster	Centroides iniciales	Media del grupo en la variable	Casos en cada grupo	Nombre
1	18,00	28,98	583	Percepción de Menor apoyo
2	45,00	33,14	449	Percepción de Mayor apoyo
		30,79	1.032	

Los centroides iniciales (18) y (45) optimizan la clasificación en dos niveles de la muestra cuando alcanzan las magnitudes 28,98 correspondiente a la media del grupo que menor confianza deposita en los sistemas informales como fuente potencial de ayuda y 33,14 como media del grupo en el que dicha confianza es mayor. De esta manera se constituyen dos grupos homogéneos, formados por 583 personas en el nivel de menor confianza y 449 individuos que valoran de un modo más positivo la probabilidad de que las asociaciones y entidades no gubernamentales del barrio les ayudasen en caso de necesidad.

A.4. Análisis de cluster de la variable sistemas formales como fuente potencial de apoyo

Cluster	Centroides iniciales	Media del grupo en la variable	Casos en cada grupo	Nombre
1	20,00	13,85	946	Percepción de Mayor apoyo
2	4,00	9,80	86	Percepción de Menor apoyo
		13,52	1032	

Cuando los centroides iniciales y cercanos a los valores máximo (20) y mínimo (5) de la distribución muestral se analizan y mejoran en función de su capacidad para clasificar en dos grupos la variable apoyo comunitario de los sistemas formales, adoptan los valores medios 13,85 y 9,80. Esto sitúa a 946 personas encuestadas en una apreciación alta de las entidades públicas (servicios sociales, centros de salud) como posibles proveedores de apoyo y a 86 vecinos encuestados que por el contrario realizan una estimación menos confiada de dicha potencialidad.

B. ANÁLISIS DE CLÚSTER PARA LAS VARIABLES DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO PARA LA SALUD

B.1. Constitución de cluster de la variable consumo de sustancias.

A partir de la tabla de distribución de frecuencias para las diferentes puntuaciones en la variable consumo de sustancias, se ha optimizado la distribución de los sujetos a partir de la puntuación de riesgo 2. De esta manera se constituyen dos grupos constituidos por los sujetos que manifiestan un riesgo elevado en el factor consumo (riesgo 2, 3, 4, 5 y 6) formado por 225 individuos, frente a un segundo grupo con poco riesgo (puntuaciones 0 y 1) que tienen poco riesgo en relación con la variable consumo.

Tabla de frecuencias de la variable consumo de sustancias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	709	68,7	68,7	68,7
	1	98	9,5	9,5	78,2
	2	126	12,2	12,2	90,4
	3	86	8,3	8,3	98,7
	4	4	0,4	0,4	99,1
	5	4	0,4	0,4	99,5
	6	5	0,5	0,5	100,0
	Total	1032	100,0	100,0	

Cluster consumo sustancias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	poco riesgo	807	78,2	78,2	78,2
	mucho riesgo	225	21,8	21,8	100,0
	Total	1032	100,0	100,0	

B.2. Constitución de cluster de la variable inactividad o sedentarismo

Para la constitución de los grupos, se asignan los sujetos con puntuaciones de 0 y 1 al grupo de poco riesgo; y el resto de sujetos con puntuación 2 y 3 (que practican deporte una vez al mes o no lo practican) a los de mucho riesgo. De esta manera se constituyen dos grupos homogéneos en cuanto a número de sujetos integrados por 530 entrevistados en situación de mucho riesgo, frente a 502 personas con poco riesgo.

Tabla de frecuencias de la variable inactividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	468	45,3	45,3	45,3
	1	34	3,3	3,3	48,6
	2	19	1,8	1,8	50,5
	3	511	49,5	49,5	100,0
	Total	1032	100,0	100,0	

Cluster inactividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mucho riesgo	530	51,4	51,4	51,4
	poco riesgo	502	48,6	48,6	100,0
	Total	1032	100,0	100,0	

B.3. Constitución de cluster de la variable conductas insanas

En negligencia se asigna a los sujetos al grupo de mucho riesgo a partir de la puntuación 3. De esta manera 258 entrevistados entran a constituir dicho grupo, frente a los 774 que entran a formar parte del grupo de poco riesgo.

Tabla de frecuencias de la variable conductas insanas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	326	31,6	31,6	31,6
	1	131	12,7	12,7	44,3
	2	317	30,7	30,7	75,0
	3	87	8,4	8,4	83,4
	4	127	12,3	12,3	95,7
	5	44	4,3	4,3	100,0
	Total	1032	100,0	100,0	

Cluster conductas insanas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mucho riesgo	258	25,0	25,0	25,0
	poco riesgo	774	75,0	75,0	100,0
	Total	1032	100,0	100,0	

ANEXO IV: TABLA RESUMEN ESTADÍSTICOS: ANOVA, CORRELACIONES Y DISCRIMINANTES

IV.1. Tabla resumen de los resultados del análisis discriminante por segmentos poblacionales.

DISCRIMINANTE	LAMBDA DE WILKS	COEFICIENTE CORRELACIÓN CANÓNICA	PORCENTAJE DE CLASIFICADOS CORRECTAMENTE	VARIABLES PRIORIZADAS EN EL ANÁLISIS (7 primeras), en función de sus coeficientes de estructura. Las variables subrayadas corresponden a las priorizadas por el método paso a paso (septwise) para el cálculo de la función discriminante.
HOMBRES	0,77	0,43	71,2 % Peor salud: 55,1 % Mejor salud: 80,9 %	<u>Suma morbilidad crónica</u> , edad, dolencias diagnosticadas, <u>incapacitación</u> , n° de miembros que residen en la unidad familiar, consumo semanal de cerveza y nivel de estudios.
MUJERES	0,82	0,42	67,2 % Peor salud: 58,3 % Mejor salud: 74%	<u>Dolencias diagnosticadas</u> , <u>evitación consumo café</u> , suma morbilidad crónica, <u>incapacitación</u> , edad, nivel de estudios y suma morbilidad aguda.
JÓVENES	0,67	0,57	81,6% Peor salud: 47,6 % Mejor salud: 89,4 %	<u>Suma morbilidad aguda</u> , <u>número de consultas realizadas</u> , tiempo de espera, <u>consumo de cigarrillos</u> , <u>incapacitación</u> , sistemas informales y evitación consumo café.
ADULTOS	0,82	0,42	67,1% Peor salud: 56,4% Mejor salud: 74,8%	<u>Suma morbilidad crónica</u> , <u>incapacitación</u> , <u>participación</u> , <u>ingresos</u> , dolencias diagnosticadas, suma morbilidad aguda e integración.
TERCERA EDAD	0,77	0,47	66,7% Peor salud: 74,8% Mejor salud: 53%	<u>Dolencias diagnosticadas</u> , suma morbilidad crónica, <u>años de residencia</u> , <u>número de consultas realizadas</u> , <u>incapacitación</u> , suma morbilidad aguda y participación.
INGRESOS BAJOS	0,89	0,33	66,4% Peor salud: 77,9% Mejor salud: 52,6%	<u>Evitación consumo café</u> , consumo semanal de cerveza, nivel estudios, sistemas formales, atención higiene, edad y consumo de cigarrillos.
INGRESOS MEDIOS	0,79	0,45	71,1% Peor salud: 60,3% Mejor salud: 79,4%	<u>Suma morbilidad crónica</u> , <u>incapacitación</u> , <u>frecuencia prácticas deportivas</u> , suma morbilidad aguda y dolencias diagnosticadas.
INGRESOS ALTOS	0,78	0,47	78,1% Peor salud: 43% Mejor salud: 91,5%	<u>Suma morbilidad crónica</u> , <u>edad</u> , dolencias diagnosticadas, <u>número de consulta realizadas</u> , nivel estudios, suma morbilidad aguda, participación y años de residencia.
VIÑEDO VIEJO	0,81	0,43	69,4% Peor salud: 59,1% Mejor salud: 78,3%	<u>Dolencias diagnosticadas</u> , <u>edad</u> , suma morbilidad crónica, <u>incapacitación</u> , nivel de estudios, suma morbilidad aguda y número de miembros que residen en la unidad familiar y <u>consumo semanal vino</u> .
LAS NIEVES	0,71	0,53	72,1% Peor salud: 59,8% Mejor salud: 76,9%	<u>Suma morbilidad crónica</u> , dolencias diagnosticadas, suma morbilidad aguda, <u>atención higiene bucodental</u> , <u>consumo semanal cerveza</u> , <u>número de consultas realizadas</u> e ingresos.
FUENTES CLARAS	0,23	0,88	77,9% Peor salud: 69,6% Mejor salud: 80,2%	<u>Suma morbilidad aguda</u> , tiempo de duración de la consulta, sistemas formales, frecuencia prácticas deportivas, número de consultas realizadas, utilización cinturón seguridad y suma morbilidad crónica. Dentro de las variables que contribuyen a las funciones discriminantes <u>estaría el número de miembros que residen en la unidad familiar y la situación laboral del encuestado</u> .

ANEXO IV: TABLA RESUMEN ESTADÍSTICOS: ANOVA, CORRELACIONES Y DISCRIMINANTES

IV.2. Síntesis de resultados obtenidos con los diferentes procedimientos estadísticos referidos al índice general de percepción de salud.

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Sexo	Mujer	Hombre	ANOVA	
Edad	Tercera edad	Jóvenes	ANOVA Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS	- 0,39 Coeficiente de estructura 0,64 Coeficiente estructura 0,69 Coeficiente de estructura - 0,43 Coeficiente de estructura 0,21 Coeficiente de estructura - 0,26 Coeficiente de estructura 0,65 Coeficiente de estructura - 0,31 Coeficiente de estructura 0,12 Coeficiente de estructura 0,69
Estado Civil	Viudos	Solteros	ANOVA	
Situación laboral	No trabajadores	Trabajadores	ANOVA	
Nivel de estudios	Menor instrucción (sin estudios/escuela primaria) Mayor instrucción	Mayor instrucción (Universitarios, bachillerato, graduado/formación profesional) Menor instrucción	ANOVA Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD DIS FUENTES CLARAS	0,28 Coeficiente de estructura -0,46 Coeficiente de estructura -0,34 Coeficiente de estructura 0,35 Coeficiente de estructura -0,15 Coeficiente de estructura - 0,44 Coeficiente de estructura 0,37 Coeficiente de estructura - 0,02 Coeficiente de estructura - 0,37 Coeficiente de estructura -0,11 Coeficiente de estructura - 0,23 Coeficiente de estructura - 0,03 Coeficiente de estructura - 0,04

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Integración comunitaria	Mayor integración	Menor integración	ANOVA Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD	- 0,12 Coeficiente de estructura 0,16 Coeficiente de estructura 0,20 Coeficiente de estructura -0,05 Coeficiente de estructura 0,14 Coeficiente de estructura 0,11 Coeficiente de estructura 0,1 Coeficiente de estructura 0,14 Coeficiente de estructura 0,03 Coeficiente de estructura 0,27 Coeficiente de estructura -0,03
	Menor integración	Mayor integración	DIS FUENTES CLARAS DIS INGRESOS BAJOS	Coeficiente de estructura 0,01 Coeficiente de estructura 0,08
Participación comunitaria	Mayor participación	Menor participación	ANOVA Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD	- 0,1 Coeficiente de estructura 0,23 Coeficiente de estructura 0,30 Coeficiente de estructura - 0,12 Coeficiente de estructura 0,08 Coeficiente de estructura -0,16 Coeficiente de estructura 0,20 Coeficiente de estructura 0,00 Coeficiente de estructura 0,08 Coeficiente de estructura 0,25 Coeficiente de estructura 0,005 Coeficiente de estructura -0,43 Coeficiente de estructura -0,17

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Apoyo sistemas informales	Sin diferencias Mayor apoyo Menor apoyo	Sin diferencias Menor apoyo Mayor apoyo	ANOVA DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGR ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS INGRESOS MEDIOS	La diferencia afecta sólo a la dimensión preocupación por la salud: los que refieren mayor apoyo se preocupan más que los de menor apoyo. Coeficiente de estructura 0,10 Coeficiente de estructura 0,07 Coeficiente de estructura -0,11 Coeficiente de estructura 0,07 Coeficiente de estructura -0,03 Coeficiente de estructura 0,06 Coeficiente de estructura 0,23 Coeficiente de estructura 0,04 Coeficiente de estructura 0,09 Coeficiente de estructura -0,003 Coeficiente de estructura 0,04 Coeficiente de estructura - 0,04
Apoyo sistemas formales	Sin diferencias Mayor apoyo Menor apoyo	Sin diferencias Menor apoyo Mayor apoyo	ANOVA Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD DIS INGRESOS ALTOS	No hay diferencias significativas. El tamaño de los grupos está muy descompensado (mayor apoyo 946 y menor apoyo 86) - 0,07 Coeficiente de estructura 0,14 Coeficiente de estructura 0,21 Coeficiente de estructura -0,08 Coeficiente de estructura 0,02 Coeficiente de estructura -0,46 Coeficiente de estructura 0,10 Coeficiente de estructura - 0,36 Coeficiente de estructura 0,16 Coeficiente de estructura 0,003 Coeficiente de estructura 0,001 Coeficiente de estructura - 0,02 Coeficiente de estructura - 0,06

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Consumo de alcohol y tabaco	Sin diferencias	Sin diferencias	ANOVA	La diferencia afecta a las dimensiones salud anterior y expectativas de salud. Los vecinos de mayor riesgo valoran su salud anterior mejor, sin embargo sus expectativas futuras en relación a la misma son peores frente a los de menor riesgo.
Consumo semanal de vino	Menos consumo (menor riesgo) Más consumo	Más consumo (mayor riesgo) Menos consumo	DIS TOTAL DIS MUJER DIS INGRESOS BAJOS DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD DIS HOMBRE DIS LAS NIEVES DIS FUEN CLARA DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES	Coeficiente de estructura -0,06 Coeficiente de estructura 0,06 Coeficiente de estructura 0,21 Coeficiente de estructura -0,03 Coeficiente de estructura 0,01 Coeficiente de estructura 0,02 Coeficiente de estructura 0,03 Coeficiente de estructura - 0,13 Coeficiente de estructura 0,23 Coeficiente de estructura 0,03 Coeficiente de estructura 0,06 Coeficiente de estructura 0,03
Consumo semanal de cerveza	Menos consumo (menor riesgo)	Mayor consumo (mayor riesgo)	Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD	0,14 Coeficiente de estructura - 0,25 Coeficiente de estructura - 0,36 Coeficiente de estructura 0,13 Coeficiente de estructura- 0,34 Coeficiente de estructura 0,28 Coeficiente de estructura - 0,95 Coeficiente de estructura 0,36 Coeficiente de estructura -0,01 Coeficiente de estructura -0,21 Coeficiente de estructura -0,08 Coeficiente de estructura -0,08 Coeficiente de estructura -0,09

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Consumo semanal de licores	Menos consumo (menor riesgo) Más consumo	Más consumo (mayor riesgo) Menos consumo	Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS ADULTOS DIS JOVENES	0,13 Coeficiente de estructura -0,27 Coeficiente de estructura - 0,29 Coeficiente de estructura 0,17 Coeficiente de estructura -0,10 Coeficiente de estructura 0,41 Coeficiente de estructura - 0,23 Coeficiente de estructura 0,22 Coeficiente de estructura -0,10 Coeficiente de estructura -0,12 Coeficiente de estructura -0,05 Coeficiente de estructura 0,13
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	Menos frecuencia (menor riesgo) Más frecuencia	Más frecuencia (mayor riesgo) Menos frecuencia	Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS ADULTOS DIS VIÑEDO VIEJO DIS JOVENES DIS TERCERA EDAD	0,08 Coeficiente de estructura -0,21 Coeficiente de estructura - 0,06 Coeficiente de estructura 0,23 Coeficiente de estructura 0,02 Coeficiente de estructura 0,34 Coeficiente de estructura 0,24 Coeficiente de estructura -0,07 Coeficiente de estructura -0,13 Coeficiente de estructura -0,15 Coeficiente de estructura 0,04 Coeficiente de estructura 0,03 Coeficiente de estructura -0,08

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Consumo de cigarrillos	Menos consumo (menor riesgo) Más consumo	Más consumo (mayor riesgo) Menos consumo	DIS TOTAL DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS ADULTOS DIS HOMBRE DIS JOVENES DIS TERCERA EDAD	Coefficiente de estructura -0,15 Coefficiente de estructura 0,23 Coefficiente de estructura - 0,02 Coefficiente de estructura 0,26 Coefficiente de estructura -0,19 Coefficiente de estructura 0,26 Coefficiente de estructura -0,06 Coefficiente de estructura -0,02 Coefficiente de estructura -0,07 Coefficiente de estructura 0,06 Coefficiente de estructura 0,37 Coefficiente de estructura -0,47
Actividad física: frecuencia de prácticas deportivas	Mucho riesgo (sedentarios) Poco riesgo	Poco riesgo (práctica regular actividad física) Mucho riesgo	ANOVA Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD	-0,16 Coefficiente de estructura 0,08 Coefficiente de estructura 0,01 Coefficiente de estructura - 0,02 Coefficiente de estructura 0,05 Coefficiente de estructura - 0,44 Coefficiente de estructura 0,02 Coefficiente de estructura -0,17 Coefficiente de estructura 0,4 Coefficiente de estructura 0,12 Coefficiente de estructura 0,11 Coefficiente de estructura -0,03 Coefficiente de estructura 0,05
Comportamientos negligentes	Poco riesgo	Mucho riesgo	ANOVA	

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Atención a mantenerse en el peso ideal	Más atención (menor riesgo)	Menos atención (mayor riesgo)	DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS TERCERA EDAD	Coeficiente de estructura - 0,06 Coeficiente de estructura - 0,09 Coeficiente de estructura 0,05 Coeficiente de estructura -0,04 Coeficiente de estructura 0,22 Coeficiente de estructura - 0,03 Coeficiente de estructura -0,14 Coeficiente de estructura -0,01 Coeficiente de estructura -0,11 Coeficiente de estructura 0,05 Coeficiente de estructura - 0,03 Coeficiente de estructura -0,05
	Menos atención	Más atención		
Evitación consciente del consumo de café	Más evitación (menos riesgo)	Menos evitación (más riesgo)	DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD	Coeficiente de estructura - 0,23 Coeficiente de estructura - 0,12 Coeficiente de estructura 0,57 Coeficiente de estructura -0,20 Coeficiente de estructura 0,39 Coeficiente de estructura -0,16 Coeficiente de estructura 1 Coeficiente de estructura -0,13 Coeficiente de estructura - 0,17 Coeficiente de estructura -0,21 Coeficiente de estructura -0,25 Coeficiente de estructura -0,12
Atención a la higiene bucodental	Más atención (menos riesgo)	Menos atención (más riesgo)	DIS TOTAL DIS MUJER DIS FUENTES CLARAS DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS HOMBRE DIS LAS NIEVES DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS MEDIOS DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD	Coeficiente de estructura -0,03 Coeficiente de estructura 0,08 Coeficiente de estructura 0,31 Coeficiente de estructura 0,33 Coeficiente de estructura -0,20 Coeficiente de estructura -0,02 Coeficiente de estructura 0,00 Coeficiente de estructura 0,35 Coeficiente de estructura 0,07 Coeficiente de estructura 0,01 Coeficiente de estructura 0,10 Coeficiente de estructura -0,02
	Menos atención	Más atención		

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Uso del cinturón de seguridad	Menos utilización (más riesgo)	Más utilización (menos riesgo)	DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS LAS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS ADULTOS TERCERA EDAD JOVENES	Coeficiente de estructura -0,10 Coeficiente de estructura - 0,02 Coeficiente de estructura 0,12 Coeficiente de estructura-0,05 Coeficiente de estructura 0,43 Coeficiente de estructura 0,00 Coeficiente de estructura 0,05 Coeficiente de estructura -0,08 Coeficiente de estructura -0,08 Coeficiente de estructura -0,08 Coeficiente de estructura 0,07 Coeficiente de estructura 0,20
Morbilidad percibida aguda	Más morbilidad	Menos morbilidad	ANOVA Correlación Pearson DIS TOTAL DIS HOMBRE DIS MUJER DIS NIEVES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TERCERA EDAD DIS INGRESOS BAJOS	- 0,38 Coeficiente de estructura 0,37 Coeficiente de estructura 0,27 Coeficiente de estructura -0,32 Coeficiente de estructura 0,36 Coeficiente de estructura-0,57 Coeficiente de estructura 0,29 Coeficiente de estructura 0,4 Coeficiente de estructura 0,28 Coeficiente de estructura 0,58 Coeficiente de estructura 0,27 Coeficiente de estructura -0,32 Coeficiente de estructura 0,18
	Más utilización	Menos utilización		
	Menos morbilidad	Más morbilidad		

	PEOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	MEJOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO*	COMENTARIOS
Incapacitación tiempo libre	Más grado de incapacidad	Menos grado de incapacidad	ANOVA Correlación Pearson (0,30)	Afecta a todas las dimensiones de la percepción de salud, excepto a expectativas de salud. El grado de incapacidad no parece influir sobre las expectativas de salud futura, excepto en el caso de que afecte a las actividades de ocio y tiempo libre.
Incapacitación actividad principal	Más grado de incapacidad	Menos grado de incapacidad	ANOVA Correlación Pearson (0,30)	
Incapacitación autonomía personal	Más grado de incapacidad	Menos grado de incapacidad	ANOVA Correlación Pearson (0,18)	
Incapacitación estar en cama	Más grado de incapacidad	Menos grado de incapacidad	ANOVA Correlación Pearson (0,21)	
Suma incapacidad	Más grado de incapacidad	Menos grado de incapacidad	DIS TOTAL	Coeficiente de estructura 0,49
Número de consultas realizadas	Si consultan Más consultas Menos consultas	No consultan Menos consultas Más consultas	ANOVA DIS HOMBRES DIS LAS NIEVES DIS INGRESOS BAJOS DIS INGRESOS MEDIOS DIS INGRESOS ALTOS DIS JOVENES DIS ADULTOS DIS TOTAL DIS MUJERES DIS FUENTES CLARAS DIS VIÑEDO VIEJO DIS TERCERA EDAD	Coeficiente de estructura 0,13 Coeficiente de estructura 0,33 Coeficiente de estructura -0,12 Coeficiente de estructura 0,16 Coeficiente de estructura 0,38 Coeficiente de estructura 0,41 Coeficiente de estructura 0,09 Coeficiente de estructura -0,02 Coeficiente de estructura 0,03 Coeficiente de estructura 0,43 Coeficiente de estructura -0,06 Coeficiente de estructura 0,39
Tiempo de duración de la consulta	Más tiempo Menos tiempo	Menos tiempo Más tiempo	DIS HOMBRES DIS MUJERES DIS TERCERA EDAD	Coeficiente de estructura 0,06 Coeficiente de estructura 0,03 Coeficiente de estructura 0,09
Satisfacción consulta sanitaria	Satisfechos o muy satisfechos	Insatisfechos	ANOVA	Las pruebas posteriores de contraste no constatan la existencia de diferencias significativas entre los grupos más satisfechos, satisfechos, indiferente y poco satisfechos.
Sistema atribucional de salud	Locus control externo	Locus control interno	ANOVA	
Concepto de bienestar	Enfermedad	Bienestar	ANOVA	

* Sólo se incluyen los coeficientes de correlación de Pearson que resultaron significativos.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1:	Porcentaje de fumadores y porcentaje de cambio en los cinco quintiles socio-económicos en Australia, 1998 – 2004.	Pág. 13
Tabla 2:	Conferencias internacionales sobre la dimensión social de la salud.	Pág. 17
Tabla 3:	Comparación entre modelos de atención sanitaria.	Pág. 25
Tabla 4:	Miembros de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.	Pág.40
Tabla 5:	Reuniones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.	Pág.41
Tabla 6:	Comparativa entre modelos de salud.	Pág.72
Tabla 7:	Glosario de términos relacionados con los aspectos subjetivos de la salud.	Pág.82
Tabla 8:	Contextualización diacrónica de las definiciones de felicidad, bienestar y calidad de vida.	Pág.85
Tabla 9:	Utilidad de las medidas generales de percepción de salud en ciencias de la salud.	Pág.91
Tabla 10:	Clasificación de los instrumentos de medida del estado de salud.	Pág.100
Tabla 11:	Diferentes dimensiones de las preguntas del cuestionario Perfil de salud de Nottingham.	Pág.105
Tabla 12:	Valores poblacionales de referencia en los varones para la versión española del SF-36.	Pág.107
Tabla 13:	Normas poblacionales de las puntuaciones sumario, por grupos de edad y sexo para la versión española del SF-36.	Pág.108
Tabla 14:	Criterios básicos de un cuestionario.	Pág.111
Tabla 15:	Dimensionalización del cuestionario CPS-81.	Pág.113
Tabla 16:	Temario formativo de los encuestadores.	Pág.121
Tabla 17:	Estratificación de la muestra por edad y sexo.	Pág.125
Tabla 18:	Análisis descriptivo de las rutas en la muestra.	Pág.126
Tabla 19:	Análisis descriptivo de las cuotas en la muestra.	Pág.127

Tabla 20:	Diseño definitivo de rutas y cuotas en la muestra.	Pág.127
Tabla 21:	Variables de la investigación, operativización e instrumentos empleados para su valoración.	Pág.129
Tabla 22:	Análisis estadístico de las puntuaciones del cuestionario CPS-81.	Pág.131
Tabla 23:	Consistencia interna de los datos del cuestionario CPS-81.	Pág.131
Tabla 24:	Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems del cuestionario CPS-81.	Pág.132
Tabla 25:	Nombre de las variables y elementos del cuestionario CPS-81.	Pág.133
Tabla 26:	Análisis estadístico de las puntuaciones del cuestionario AC-90: Participación e integración comunitaria.	Pág.133
Tabla 27:	Consistencia interna de los datos del cuestionario AC-90: Participación e integración comunitaria.	Pág.133
Tabla 28:	Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems del cuestionario AC-90: Participación e integración comunitaria.	Pág.134
Tabla 29:	Análisis estadístico de las puntuaciones del cuestionario AC-90: Apoyo en los sistemas formales e informales.	Pág.134
Tabla 30:	Consistencia interna de los datos del cuestionario AC-90: Apoyo en los sistemas formales e informales.	Pág.134
Tabla 31:	Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems del cuestionario AC-90: Apoyo en los sistemas formales e informales.	Pág.135
Tabla 32:	Nombre de las variables y elementos del cuestionario AC-90.	Pág.135
Tabla 33:	Nombre de las variables y elementos del cuestionario CS-94.	Pág.136
Tabla 34:	Procedimiento básico para el cierre de preguntas abiertas.	Pág.138
Tabla 35:	Criterios de sistematización y ejemplos de su utilización en las respuestas dadas a la principal fuente percibida de mejora de la salud.	Pág.140
Tabla 36:	Categorías temáticas utilizadas en la sistematización de las respuestas a la principal fuente de mejora de los servicios de salud.	Pág.140
Tabla 37:	Estratificación de la muestra piloto por edad y sexo.	Pág.141

Tabla 38:	Análisis descriptivo de la edad y el sexo.	Pág.146
Tabla 39:	Frecuencias absolutas y relativas (%) sobre el total de la muestra en función de la edad y sexo y distribuido por zonas.	Pág.146
Tabla 40:	Distribución de frecuencias por categorías de la variable: estado civil.	Pág.147
Tabla 41:	Distribución de frecuencias del estado civil en función de la zona.	Pág.147
Tabla 42:	Distribución de las frecuencias por categorías de la variable: situación laboral.	Pág.147
Tabla 43:	Distribución de frecuencias de la situación laboral en función de la zona.	Pág.148
Tabla 44:	Distribución de las frecuencias por categorías de la variable: nivel de estudios.	Pág.148
Tabla 45:	Distribución de frecuencias del nivel de estudios en función de la zona.	Pág.148
Tabla 46:	Distribución de las frecuencias por categorías de la variable: nivel ingresos anual.	Pág.149
Tabla 47:	Distribución de frecuencias del nivel ingresos anual en función de zona	Pág.149
Tabla 48:	Distribución de frecuencias por categorías de la variable: número de miembros que componen la unidad familiar.	Pág.150
Tabla 49:	Distribución de frecuencias en cuanto al número de miembros que componen la unidad familiar en función de zona.	Pág.150
Tabla 50:	Distribución de las frecuencias por categorías de la variable: lugar de nacimiento.	Pág.151
Tabla 51:	Distribución de frecuencias del lugar de nacimiento en función de zona.	Pág.151
Tabla 52:	Análisis descriptivo del tiempo de residencia en el distrito.	Pág.152
Tabla 53:	Distribución de frecuencias del tiempo de residencia en función de zona.	Pág.152
Tabla 54:	Análisis descriptivo de las dimensiones del cuestionario CPS-81.	Pág.153

Tabla 55:	Análisis descriptivo de la variables participación e integración comunitaria y apoyo en los sistemas formales e informales.	Pág.153
Tabla 56:	Análisis descriptivo de las variables sobre comportamientos de riesgo para la salud.	Pág.154
Tabla 57:	Análisis de frecuencias y porcentajes (calculando cada uno sobre el 100% de la población) en la variable morbilidad percibida aguda.	Pág.154
Tabla 58:	Análisis de frecuencias y porcentajes en la variable morbilidad percibida crónica.	Pág.155
Tabla 59:	Percepción conjunta de morbilidad aguda y crónica.	Pág.156
Tabla 60:	Distribución del número de dolencias.	Pág.156
Tabla 61:	Diagnóstico del servicio de salud a la sintomatología percibida de morbilidad crónica.	Pág.157
Tabla 62:	Número de diagnósticos realizados en función de la morbilidad crónica.	Pág.157
Tabla 63:	Nivel de incapacitación.	Pág.157
Tabla 64:	Frecuencia de consultas médicas.	Pág.158
Tabla 65:	Motivo de consulta.	Pág.158
Tabla 66:	Tiempo de espera y duración de la consulta.	Pág.159
Tabla 67:	Satisfacción de la consulta.	Pág.159
Tabla 68:	Distribución de frecuencias de las fuentes de mejora de la salud.	Pág.160
Tabla 69:	Distribución de frecuencias de las fuentes de mejora de los servicios de salud.	Pág.160
Tabla 70:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sexo.	Pág.162
Tabla 71:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable edad.	Pág.162
Tabla 72:	Medias en los grupos de la variable edad y diferencias significativas.	Pág.163
Tabla 73:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable estado civil.	Pág.164

Tabla 74:	Medias en los grupos de la variable estado civil y diferencias significativas.	Pág.164
Tabla 75:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable situación laboral.	Pág.165
Tabla 76:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable nivel de estudios.	Pág.165
Tabla 77:	Medias en los grupos de la variable nivel de estudios y diferencias significativas.	Pág.166
Tabla 78:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable nivel de ingresos.	Pág.167
Tabla 79:	Medias en los grupos de la variable nivel de ingresos y diferencias significativas.	Pág.167
Tabla 80:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable zona.	Pág.168
Tabla 81:	Medias en los grupos de la variable zona de residencia y diferencias significativas.	Pág.168
Tabla 82:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable años de residencia en Casablanca.	Pág.169
Tabla 83:	Medias en los grupos de la variable años de residencia en Casablanca y diferencias significativas.	Pág.169
Tabla 84:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable integración.	Pág.170
Tabla 85:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable participación.	Pág.171
Tabla 86:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sistemas informales como fuente potencial de apoyo.	Pág.172
Tabla 87:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable sistemas formales como fuente potencial de apoyo.	Pág.172
Tabla 88:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable consumo de alcohol y tabaco.	Pág.173
Tabla 89:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable actividad física.	Pág.173
Tabla 90:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable comportamientos negligentes.	Pág.174

Tabla 91:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable morbilidad percibida aguda.	Pág.175
Tabla 92:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable morbilidad percibida crónica.	Pág.175
Tabla 93:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable morbilidad total.	Pág.175
Tabla 94:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable incapacitación tiempo libre.	Pág.176
Tabla 95:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable incapacitación actividad principal.	Pág.176
Tabla 96:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable incapacitación autonomía personal.	Pág.176
Tabla 97:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable incapacitación estar en la cama.	Pág.176
Tabla 98:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable consulta con el sistema sanitario.	Pág.177
Tabla 99:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable satisfacción con la consulta sanitaria.	Pág.178
Tabla 100:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable locus control.	Pág.179
Tabla 101:	Medias en los grupos de la variable locus control y diferencias significativas.	Pág.179
Tabla 102:	Análisis de la varianza entre los grupos de la variable concepto de bienestar.	Pág.179
Tabla 103:	Medias en los grupos de la variable concepto de bienestar y diferencias significativas.	Pág.180
Tabla 104:	Coefficientes de correlación de Pearson y su nivel de significación.	Pág.181
Tabla 105:	Análisis de cluster de la variable: índice general de salud.	Pág.182
Tabla 106:	Funciones discriminantes canónicas.	Pág.182
Tabla 107:	Coefficientes estandarizados de la función discriminante.	Pág.183
Tabla 108:	Matriz de estructura: coeficientes estructurales.	Pág.183

Tabla 109:	Funciones de los centroides de grupo.	Pág.184
Tabla 110:	Resultados de la clasificación.	Pág.185
Tabla 111:	Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo sexo: hombre.	Pág.185
Tabla 112:	Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo sexo: mujer.	Pág.186
Tabla 113:	Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo territorio: Viñedo Viejo.	Pág.187
Tabla 114:	Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo territorio: Las Nieves.	Pág.187
Tabla 115:	Funciones discriminantes canónicas para el discriminante por subgrupo territorio: Fuentes Claras.	Pág.188
Tabla 116:	Percepción de salud y modelos regresivos.	Pág.189

Figura 1:	Modelo de Dahlgren y Whitehead (1992): Influencia en capas.	Pág.43
Figura 2:	Modelo de Diderichsen y cols (2001): Estratificación social y producción de la enfermedad.	Pág.44
Figura 3:	Modelo de Mackenbach y cols (1994): Selección y causalidad.	Pág.45
Figura 4:	Modelo de múltiples influencias a lo largo de la vida.	Pág.47
Figura 5:	Modelo propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.	Pág.49
Figura 6:	Marco para el rol de genero como un determinante social de la salud.	Pág.54
Figura 7:	Posibles vías de influencia del apoyo social sobre la salud.	Pág.66
Figura 8:	Fases hacia la calidad de vida.	Pág.87
Figura 9:	Relaciones entre las medidas de los resultados de salud en un modelo conceptual de CVRS.	Pág.94
Figura 10:	Preguntas sobre estatus funcional del cuestionario SF-36.	Pág.102
Figura 11:	Preguntas sobre bienestar emocional del cuestionario SF-36.	Pág.103
Figura 12:	Preguntas sobre percepción de salud del cuestionario SF-36.	Pág.104
Figura 13:	Taxonomía del SF-36 con sus variables, escalas (dimensiones) e índices sumarios: sumario físico e sumario mental.	Pág.106
Figura 14:	Preguntas del WHOQOL-BREF.	Pág.110
Figura 15:	Fórmula para el cálculo del tamaño muestral (n).	Pág.124
Figura 16:	Síntesis de los resultados más importantes en cuanto a variables demográficas.	Pág.202
Figura 17:	Síntesis de los resultados más importantes en cuanto a la variable apoyo comunitario.	Pág.203
Figura 18:	Síntesis de los resultados más importantes en cuanto a la variable comportamientos de riesgo para la salud.	Pág.207
Figura 19:	Síntesis de principales conclusiones: la salud un tema complejo.	Pág.213
Figura 20:	Síntesis de principales conclusiones: medida de la percepción de salud por parte del personal sanitario.	Pág.221

Figura 21: Esquema para la acción sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Pág.224